

レシート（提出用）貼り付け欄

様式第1号（その1）（第2条関係）

理容所開設届

令和〇〇年〇〇月〇〇日

宮城県知事 殿

住 所 気仙沼市東新城3丁目3-3
開設者 氏 名 宮城 太郎
電話番号 0226-22-5127
(法人にあっては、その名称、所在地及び代表者の氏名)

下記のとおり開設したいので、理容師法第11条第1項の規定により届け出ます。

記

理容所	名 称	カットサロンみやぎ 電話番号 0226-22-5127
	所 在 地	気仙沼市東新城3丁目3-3
理容所の構造及び設備の概要	「構造及び設備の概要」のとおり	
管理理容師及び従業者	「従業者一覧」のとおり	
開設予定年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
同一の場所で開設している美容所の名称		
同一の場所で開設しようとしている美容所の開設予定年月日	年 月 日	

備考

- 理容師法施行規則第19条第1項第8号に該当する場合は美容師法第11条第1項の届出がされてい
- 用紙の大きさは、日本産業規格A列4

同一の場所で美容所を開設するときは、
その名称と開設予定年月日を記入してください。

様式第1号(その2)(第2条関係)

構造及び設備の概要

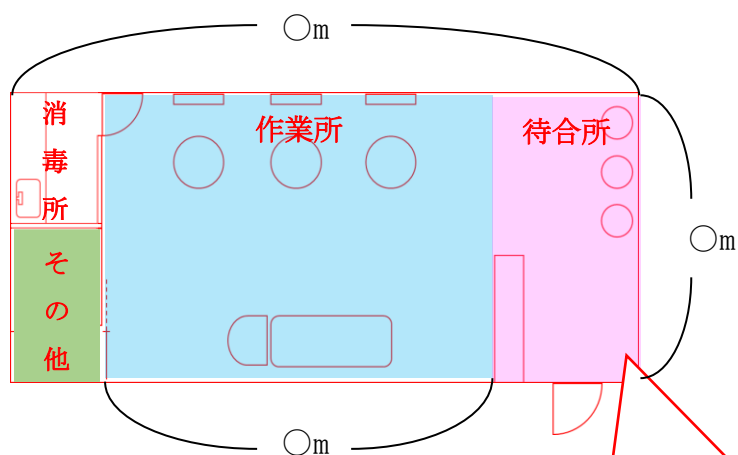
1	椅子	3脚(5脚以上の場合は、項目4で概要を記入すること)
2	洗髪台	有(3台)・無(理由:)
3	床面積	作業所: 76 m ²
		消毒所: 7 m ²
		待合所: 28 m ²
		その他(トイレ): 9 m ²
	合計: 83 m ²	
4	作業所、消毒所及び待合所の区画	有(概要:)・不要
5	床・腰板の材質	コンクリート・タイル・リノリューム・その他(クッションフロア)
6	天井の材質	ビニールクロス
7	採光・照明	自然・人工(作業面において100ルクス以上)
8	換気	自然・機械(CO ₂ 濃度5,000ppm以下)
9	消毒所の概要	洗い場(流水装置) 1箇所 水切乾燥台 1個 器具等の消毒設備 1個 手指の消毒設備 1個
10	器具専用の容器(セット皿等)	6個
11	器具戸棚等(消毒済・未消毒を明示)	未消毒用 1個・消毒済用 1個
12	救急薬品箱	1個(内容物: 傷口消毒液、絆創膏)
13	汚物箱・毛髪箱(ふた付きのもの)	汚物箱: 1個 毛髪箱: 1個
14	便所の手洗い設備(流水式のもの)	1箇所

椅子が5脚以上の場合、有として概要を記入してください。

添付書類

- (1) 理容所の平面図(縮尺等を明示すること。)
- (2) 理容師については、理容師免許証の写し及び結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾患の有無に関する医師の診断書を添えること。
- (3) 理容師法第11条の4第1項に規定する理容所を開設しようとするときは、当該理容所の管理理容師が同条第2項の規定に該当することを証する書類(講習会課程修了証書又は講習会課程修了証明書の写し)を添えること。
- (4) 開設者が外国人のときは、住民票の写し(住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)第30条の45に規定する国籍等を記載したものに限る。)を添えること。

添付する平面図の例示



店舗内の構造を示す
平面図を添付してください。

様式第1号(その3)(第2条関係)

従業者一覧

No	氏名	従業者 区分	住所(管理理容師のみ記載)		入所日	摘要
			理容師免許 登録番号又は免許証番号	管理理容師講習会 修了証書番号		
			登録年月日	修了年月日		
1	宮城 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 管理理容師 <input type="checkbox"/> 理容師 <input type="checkbox"/> 理容師以外	気仙沼市東新城3丁目3-3			
			5432	5432		
			S63.3.2	S63.3.2		
2	宮城 花子	<input type="checkbox"/> 管理理容師 <input checked="" type="checkbox"/> 理容師 <input type="checkbox"/> 理容師以外	123456			
			H3.5.1			
3	佐藤 次郎	<input type="checkbox"/> 管理理容師 <input checked="" type="checkbox"/> 理容師 <input type="checkbox"/> 理容師以外	135425			
			H8.1.21			
4	宮城 健太	<input type="checkbox"/> 管理理容師 <input type="checkbox"/> 理容師 <input checked="" type="checkbox"/> 理容師以外				
5	佐藤 みやび	<input type="checkbox"/> 管理理容師 <input type="checkbox"/> 理容師 <input checked="" type="checkbox"/> 理容師以外				
6		<input type="checkbox"/> 管理理容師 <input type="checkbox"/> 理容師 <input type="checkbox"/> 理容師以外				<ul style="list-style-type: none"> ・ 理容所内で働かれる理容師全員について、ご記入ください。 ・ 開設届の提出時にはここに記入された理容師全員の理容師免許の<u>原本又はコピー(※)</u>及び医師の診断書の提出が必要です。 ※理容師免許のコピーには、免許所有者本人や営業者が「原本と相違ないこと」「氏名」「日付(記載日)」を記載してください。 ・ 管理理容師以外は、住所の記載は不要です。 ・ 理容所内で働かれる理容師<u>以外</u>の従業員全員について、ご記入ください。
7		<input type="checkbox"/> 管理理容師 <input type="checkbox"/> 理容師 <input type="checkbox"/> 理容師以外				
8		<input type="checkbox"/> 管理理容師 <input type="checkbox"/> 理容師 <input type="checkbox"/> 理容師以外				
9		<input type="checkbox"/> 管理理容師 <input type="checkbox"/> 理容師 <input type="checkbox"/> 理容師以外				
10		<input type="checkbox"/> 管理理容師 <input type="checkbox"/> 理容師 <input type="checkbox"/> 理容師以外				

※理容師につき、結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾患がある場合は、その旨を摘要に記載すること。