|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 北健生環き 第　 　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 収受 | | 年 月 日 | | | | | |  |
| 浄書 | | | 浄書照合 | | 発送 | | | 公印照合 | | | 押印 | | | | | 施行上特別取扱 | | | | | 起案 | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 決定 | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 施行 | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 所長 | | | | 課長 | | | 区政情報管理責任者 | | | | | | 主査 | | | | 起　案 | | | | 北区保健所 | | | 起案者 | | | | |
| 生活衛生課 | | |
| 下記のとおり届出があったので調査したところ、調査復命書のとおりであるので理容師法第11条の2・美容師法第12条の規定に  より確認し、案により確認書を交付する。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | 注　開設者は太線の内側だけ記載してください。個人情報を除く枠内の記載事項は情報公開の対象となります。 |
| 東京都北区保健所長　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | 開設者住所 | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | | | | | | | | | | |  | |
| 年　　月　　日生　電話　　（　　　） | | | | | | | | | | | | |
| （法人の場合は、その名称、所在地、電話番号及び代表者氏名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 理 ・ 美 容 所 開 設 届 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 下記のとおり開設するので、 | | | | | | | | | | 理容師法第11条第1項  美容師法第11条第1項 | | | | | | | の規定により届け出ます。 | | | | | | |  | | |
| 記 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | 施設の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | 2 | 施設の所在地 　 　　 　　 電話 （　 　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 3 | 管理理・美容師氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  |  | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 4 | 構造及び設備の概要 | | | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 5 | 理・美容師の氏名・免許証番  号及びその他の従業者の氏名等 | | | | | | |  | 別紙のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 6 | 理・美容師の伝染性疾病の有無 | | | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 7 | 開設予定年月日 　　　 　　　　　年 　月 　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 添付書類 １　 理・美容師の場合は、当該理・美容師に係る結核、伝染性皮膚疾患の有無に関する医師の診断書  　 ２　 管理理・美容師の場合は、それを証する書類  　 　 ３ 　開設者が外国人の場合は、住民票の写し（住民基本台帳法第30条の45に規定する国籍等を記載したものに限る。）  　　　　　　　　　４　　開設者が法人の場合は、その登記事項証明書（６か月以内のもの） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| ＩＤ　　NO. | | | | | | 業 種 別 手 数 料 印 | | | | | | | | | 料 金 収 納 済 印 | | | | | | | 保 健 所 収 受 印 | | | | | | |  |
| 資格者数  有(　 )名　無( 　)名 | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 台帳処理済  　 　　　　年　　月　 日 | | | | | |