

名称	○○○○○
所在地	○○○○○ 電話 ○○ (○○○○) ○○○○
開設者	北区太郎 H○・○・○生

No. \_\_\_\_\_

免許証の交付者を記載例)  
厚生労働大臣→国  
東京都知事→都

保健所職員が照合後、印鑑を押します。

従業者名簿

氏名 生年月日	免許			従業(雇用)年月日		管理理・美容師			備考
	国・都道府県	年月日 番号	照合印	異動(退職)年月日	講習会	年月日 番号	照合印		
北区太郎 H○・○・○生	国	H○・○・○ ○○○○○		年月日	セン ター	H○・○・○ ○○○○○		診 R○・○・○	
北区一郎 S○・○・○生	都	H○・○・○ ○○○○○		年月日				診 R○・○・○	
北区花子 H○・○・○生		・		年月日				診 ・ ネイリスト	
北区まさる H○・○・○生		・		年月日				診 ・ 事務	
		・		年月日				診 ・	
		・		年月日				診 ・	
		・		年月日				診 ・	
		・		年月日				診 ・	

平成5年以降に取得した方はセン  
ターと記載してください。その他の  
方は協会と記載してください。

診断日を記載してください。

受付や清掃等の業務に従事する方は事  
務と記載してください。ネイリストの方  
は、ネイリストと記載してください。

理・美容師の免許を持た  
ない無資格者でも施設  
で働く方は記載してく  
ださい。

注 太線の内側だけ記載してください