

(様式3-2)

理 容 所 従 業 者 変 更 届

年 月 日

(あて先) 札幌市保健所長

届出者 住 所 札幌市中央区北1条西2丁目

氏 名 株式会社〇〇
代表取締役 〇〇 〇〇

〔法人にあつては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名〕

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

施 設 名 称 〇〇理容室
所在地 札幌市 中央 区 北1条西2丁目

従業者を変更したので、理容師法第11条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

記

区分	氏 名	免 許 番 号	異 動 年 月 日	診 断 書		
		取 得 年 月 日		年 月 日	医療機関名	医 師 名
採 用	〇〇 〇〇	第 △△△△△ 号	〇〇〇・〇〇・〇〇	〇〇〇. 〇〇,〇〇	〇〇病院	〇〇 〇〇
		〇〇〇・〇〇・〇〇				
		第 号	.			
		.				
		第 号	.			
		.				
退	□□ 〇〇	第 号	〇〇〇・〇〇・〇〇			
		.				
			.			
			.			
			.			
			.			

添付書類

- ① 新採用理容師全員の理容師免許証（写しも可）
② 新採用理容師全員の診断書（結核の有無及び感染性皮膚疾患の有無に
関するもの。（診断書の有効期限が原則として6か月間）（写しも可）

職員用照合欄
免許証 診断書

--	--

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

☑本届出に添付した書類の写しは全て原本と相違ありません。

写しを添付した場合は□にチェックしてください。

別紙

従 業 者 名 簿

区分	氏 名	免許等登録番号	異 動 年 月 日	診 断 書		
		取 得 年 月 日		年 月 日	医療機関名	医 師 名
採用		第 号	. .			
		. .				
		第 号	. .			
		. .				
		第 号	. .			
		. .				
		第 号	. .			
		. .				
		第 号	. .			
		. .				
		第 号	. .			
		. .				
		第 号	. .			
		. .				
		第 号	. .			
		. .				
		第 号	. .			
		. .				
		第 号	. .			
		. .				
		第 号	. .			
		. .				
		第 号	. .			
		. .				
	第 号	. .				
	. .					

注) ※欄は記入しないでください。