

様式 1

出張理容・出張美容開始届（記載例）

令和〇〇年 〇月 〇日

（宛先）札幌市保健所長

住 所 札幌市中央区大通西19丁目
届出者 氏 名 株式会社〇〇〇〇 代表取締役 〇〇
連絡先（電話番号） 〇〇〇-〇〇〇〇
連絡先（メールアドレス） shuttyo@ribiyou.ne.jp
〔 法人及び団体にあつては、
その名称、所在地及び代表者の氏名 〕

どちらかに○

（出張理容・出張美容）を行うので、札幌市出張理容・出張美容の衛生確保に関する指導要綱第3条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

記

出張理容・出張美容を行う場所の概要 （複数ある場合は、代表的な出張先を記載すること）		出張先の名称：〇〇福祉センター 出張先の所在地：中央区大通西19丁目 出張先の概要（例：社会福祉施設等）：社会福祉施設 ☐ 上記を含め、市内に出張先が複数ある	
出張理容・出張美容を行う理由	☒ 疾病その他の理由により、理容所・美容所に来ることができない者に対して行うため ☐ 婚礼その他の儀式に参列する者に対して、その儀式の直前に行うため ☐ 理容所・美容所がない地域に居住する者に対して、その居住地において行うため ☐ 演劇、映画等に出演等をする者に対して、その出演等の直前に行うため ☐ 社会福祉施設等において、当該施設の求めに応じ、その入所者等に対して行うため		
携行品の概要	☒ 洗浄・消毒済み器具及びその収納容器 ☒ 消毒済みタオル類及びその収納容器 ☒ 使用済み器具収納容器（血液付着用・その他器具用） ☒ 救急処置用薬品等 ☒ 手洗い用石けん、消毒液等		
器具類の消毒方法の概要	【かみそり・血液付着】 ☐ 煮沸 ☒ エタノール ☐ 次亜塩素酸ナトリウム 【その他器具】 ☒ 紫外線 ☐ 蒸気 ☐ エタノール ☒ 次亜塩素酸ナトリウム ☐ 逆性石けん ☐ グルコン酸クロロヘキシジン ☐ 両性界面活性剤 【タオル類】 ☐ 蒸気 ☒ 次亜塩素酸ナトリウム		
消毒を行う場所	名称：株式会社〇〇〇〇 所在地：札幌市中央区大通西19丁目		

いずれかチェック
(複数選択可)

全て準備しチェック

各項目でいずれかチェック
(複数選択可)

従 業 者 名 簿			
理・美容師の氏名	免許登録番号	免許取得年月日	結核、感染性の皮膚疾患等に関する医師の診断書
出張 理美	第 ×× 号	〇〇. 〇〇. 〇〇	診断年月日：〇〇.〇.〇 医療機関名：〇〇病院 医師名：〇〇 〇〇
	第 号	. .	診断年月日： 医療機関名： 医師名：
	第 号	. .	診断年月日： 医療機関名： 医師名：
	第 号	. .	診断年月日： 医療機関名： 医師名：
	第 号	. .	診断年月日： 医療機関名： 医師名：

☐ 保健所の説明を受け、衛生確保のために講ずる措置について理解した。

● 提示書類（写しでも可）

1 結核、感染性の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

2 理・美容師免許証

● 添付書類（写しでも可）

法人が届出をするにあたっては、登記事項証明書

● 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。