

理・美容所開設届

年 月 日

仙台市保健所長 あて

下記のとおり理・美容所を開設したいので、理・美容師法第11条第1項の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

開設者	住所 <small>(法人にあつては、主たる事務所の所在地)</small>	〒 ビル 階 電話	開設予定年月日 年 月 日
	フリガナ		收受番号
	氏名 <small>(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)</small>		收受印
	フリガナ		手数料納入印
	名称		
施設	所在地	〒 仙台市 区 ビル 階 電話	

調査復命書

支所長	次長	衛生課長	係長	公印承認	合議	

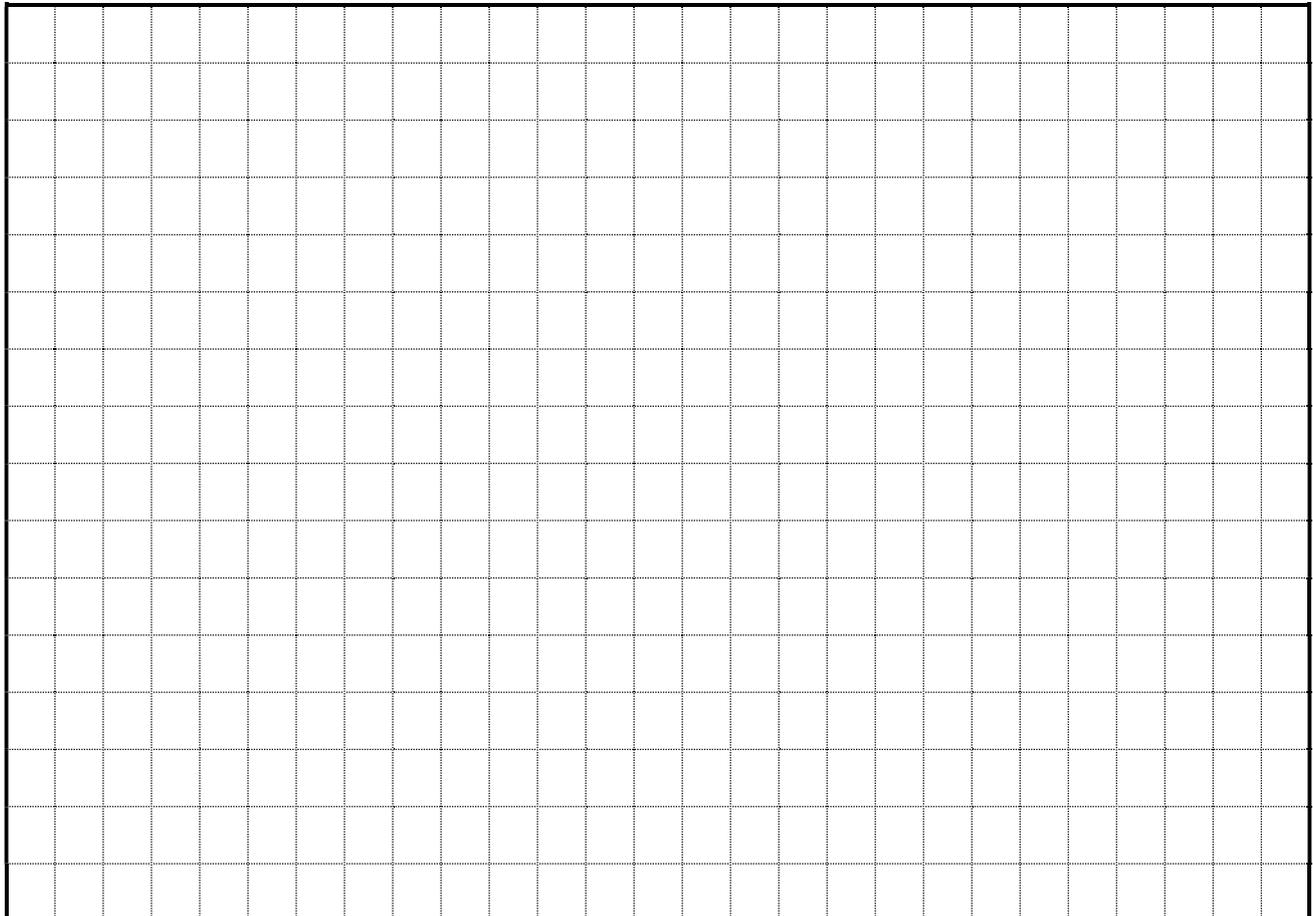
命により理・美容所開設届出施設を調査したところ、基準に適すると認められるので復命します。
なお、決裁後、検査確認証を交付してよろしいか伺います。

調査年月日	年 月 日	起案年月日	年 月 日
許可前指導回数	回	決裁年月日	年 月 日
環境衛生監視員	印	施行年月日	年 月 日
施設番号		入力年月日	年 月 日

構造設備概要

セット椅子の数	台	作業所の面積	m ²
床の材質	コンクリート ・ タイル ・ 板 ・ リノリウム プラスチックシート ・ その他 ()		
採光照度100ルクス以上	有 ・ 無	待合所面積 (5脚以上の場合)	m ²
洗場 ・ 消毒所	有 ・ 無	区画した消毒所面積 (5脚以上の場合)	m ²
専用洗髪設備	有 ・ 無 (理由:)		
セット皿	枚	ふた付き汚物箱	有 ・ 無
		ふた付き毛髪箱	有 ・ 無
消毒を要する器具類格納設備	(消毒済用) 有 ・ 無		(未消毒用) 有 ・ 無
消毒を要する布類格納設備	(消毒済用) 有 ・ 無		(未消毒用) 有 ・ 無
消毒を要しない器具類格納設備	有 ・ 無		
換気方法	空調設備 (中央管理方式・個別式) ・ 換気扇 ・ その他 ()		
燃焼ガス排気方式	暖房器	有 (室外排気 ・ 室内排気) ・ 無	
	むし器	有 (室外排気 ・ 室内排気) ・ 無	
	給湯器	有 (室外排気 ・ 室内排気) ・ 無	

施設平面図



管理理・美容師

氏名		免許証番号又は登録番号 (取得年月日)	第 号 年 月 日
住所		管理理美容師修了証書番号 (取得年月日)	第 号 年 月 日

従業者名簿

フリガナ 氏名	免許証番号又は登録番号 (取得年月日)	管理理・美容師修了証書 番号 (取得年月日)	従業者区分(※1) 伝染性疾病(※2)
	第 号 年 月 日	第 号 年 月 日	1・2・3 無・有
	第 号 年 月 日	第 号 年 月 日	1・2・3 無・有
	第 号 年 月 日	第 号 年 月 日	1・2・3 無・有
	第 号 年 月 日	第 号 年 月 日	1・2・3 無・有
	第 号 年 月 日	第 号 年 月 日	1・2・3 無・有
	第 号 年 月 日	第 号 年 月 日	1・2・3 無・有
	第 号 年 月 日	第 号 年 月 日	1・2・3 無・有

記入上の注意 (※1) 従業者区分の欄 該当する従業者の区分に○をつけてください。

1 管理理美容師 2 理美容師 3 補助業務従事者

(※2) 結核、皮膚疾患、その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾病の有無を記載してください。

