

出張理容・出張美容業務（変更・廃止）届

年 月 日

（あて先）千葉市保健所長

営業者住所

（連絡先電話番号）

（連絡先メールアドレス） @

営業者氏名 (※)

法人にあつては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名
 (※) 法人の場合は、記名押印してください。
 法人以外でも本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

次のとおり、（変更・廃止）したので、千葉市出張理容・出張美容に関する衛生管理要綱第5条の規定により届け出ます。

□届出事項の変更	変更事項	旧	
		新	
	変更年月日	年 月 日	
□廃止	廃止年月日	年 月 日	

添付書類

- 1 新たに出張業務を行う理・美容師を届け出るときは、その者の結核、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に関する医師の診断書
- 2 出張業務の廃止の場合は、出張理容・出張美容業務届出済証

持参書類

新たに出張業務を行う理・美容師を届け出るときは、その者の理容師免許証若しくは免許証明書又は美容師免許証若しくは免許証明書の原本

注 該当する項目の□にレ印を記入すること。