

(理容・美容) 出張業務管理施設設置届

年 月 日

大分市保健所長 殿

届出者 住 所

氏 名

(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)

連絡先

下記のとおり(理容・美容)出張業務管理施設を設置したいので、大分市出張理容・出張美容衛生指導要領第6の規定により届け出ます。

記

設置者等	施設の所在地				
	氏名又は名称及び代表者の氏名				
	住所又は主たる事務所の所在地				
構造	施設の構造		床面積		m <sup>2</sup>
	排水設備の有無		換気設備の有無		防虫設備
設備等	消毒器具				
	消毒薬品				
	消毒済み器具	(収納設備) 材質 容量	(携行用収納箱) 材質 容量		
	使用済み器具 (消毒前器具)	(収納設備) 材質 容量	(携行用収納箱) 材質 容量		
	消毒済みタオル	(収納設備) 材質 容量	(携行用収納箱) 材質 容量		
	作業衣				
	業務に要する器具等の品名数量				
救急処置薬品等					

添付書類:管理施設の平面図