

(理容・美容) 出張業務届出書

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

下記のとおり出張（理容・美容）を行いたいので、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

理・美 容師	免許登録番号	第	号
	免許登録年月日	年	月 日
	住 所		
	氏 名		
営業施設 又は 業務の管理施設	名 称		
	所在地		
営業施設	確認済証番号	確認済年月日	
出張理由			
主に出張業務を行う地域			
出張期間		年 月 日から	日 (年) 間
		年 月 日まで	
携行品の内容及び数量		別紙1のとおり	
衛生措置の方法		別紙2のとおり	

※ 2名以上で出張業務を行う場合の記載事項

従業者の氏名			
理(美)容師免許登録番号			
理(美)容師免許登録年月日			
管理理(美)容師の氏名	資格認定講習会修了証番号	資格認定講習会修了年月日	

- 添付書類 1 理(美)容所に所属していない場合は、理(美)容師免許証の写し及び結核、皮膚疾患の有無に関する医師の診断書(ただし、一年以上五年以下の期間、間断なく継続して出張業務を行う場合は、初回の届出時のみ)
- 2 継続して出張業務を行う場合は、出張業務届出済証(返納)