

第1号様式 (表)

美 容 所 開 設 届

令和 年 月 日

相模原市保健所長 あて

開設者 郵便番号

住 所

フリガナ

氏 名

生年月日 (S・H) 年 月 日

電話番号 ( )

(法人にあっては、所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり届け出ます。

施設所在地		相模原市		施設電話番号	
フリガナ 施設名称					
管理 美容 師	住 所				
	氏 名		生年月日 (S・H)	年 月 日	確認欄
	免 許	国・( ) 都道府県 第	号 (S・H・R)	年 月 日 登録	
	管 理 美 容 師 講 習 会 修 了 証	国・( ) 都道府県 第	号 (S・H・R)	年 月 日 登録	
	厚生労働省令に 規定する疾病の有無	無・有 ( )			
従 業 者	氏 名 生 年 月 日	免 許		厚生労働省令に 規定する疾病の有無	
	(S・H) 年 月 日	第	国・( ) 都道府県 号・(S・H・R)	年 月 日 登録	無・有 ( )
	(S・H) 年 月 日	第	国・( ) 都道府県 号・(S・H・R)	年 月 日 登録	無・有 ( )
	(S・H) 年 月 日	第	国・( ) 都道府県 号・(S・H・R)	年 月 日 登録	無・有 ( )
	(S・H) 年 月 日	第	国・( ) 都道府県 号・(S・H・R)	年 月 日 登録	無・有 ( )
開設予定年月日	年 月 日	調査予定年月日	年 月 日		
備 考					
当該美容所と同一の場所で 現に開設されている理容所の有無	無・有 (当該理容所の施設名称: )				
当該美容所と同一の場所で 開設予定の理容所の有無	無・有 (当該理容所の開設予定年月日: 年 月 日)				

◎添付書類

- 1 美容所の平面図 (構造設備等の配置を記入し、面積を算定できる寸法の入った図面)
- 2 開設者が外国人の場合は、住民票の写し (住民基本台帳法第30条の45に規定する国籍等を記載したものに限る)

◎確認書類 (確認後、原本返却)

- 1 美容師につき結核、皮膚疾患等の疾病の有無に関する医師の診断書 (届出日前3月以内に発行されたものに限る)
- 2 管理美容師の設置を必要とする美容所を開設する場合は、管理美容師修了証
- 3 開設者が法人の場合は、登記事項証明書

第1号様式（裏）

美容所の構造及び設備の概要

構	建物構造等	[ 造 階部分 ] ・ [ 面積 m <sup>2</sup> ]	
	住居等との区画	壁 ・ ガラス戸 ・ 板戸 ・ その他 ( )	
造	作業室	床材質	コンクリート・タイル・リノリウム・板・その他 ( )
		腰板材質	コンクリート・タイル・リノリウム・板・その他 ( )
施 設	消毒設備	カミソリ及び血液付着器具	煮沸 ・ エタノール水溶液 ・ 次亜塩素酸ナトリウム
		上記以外の器具	紫外線・蒸気・エタノール水溶液・次亜塩素酸ナトリウム 逆性せっけん・グルコン酸クロロヘキシジン・両性界面活性剤
	保管設備	未消毒器具	[ 製 個 ]
		消毒済器具	[ 製 個 ]
		消毒容器	[ 製 個 ]
メートルグラス	[ m l 個 ]	[ m l 個 ]	
美容いす	[ 台 ]		
照明	自然採光 ・ 人工照明		
洗い場	髪洗い場	タイル・コンクリート・陶器・ステンレス・その他 ( )	
	その他	タイル・コンクリート・陶器・ステンレス・その他 ( )	
使用水	水道水 ・ その他 ( )		
排水方法	公共下水道 ・ 都市下水路 ・ その他 ( )		
換気	自然換気 ・ 機械換気		
待合設備	有 ・ 無		
救急薬品	有 ・ 無		
毛髪箱（ふた付き）	[ 個 ]	汚物箱（ふた付き）	[ 個 ]
定休日		営業時間	

調査復命			
.....月.....日調査.....	項目を指示	確認済証番号	相模原市指令(生衛)第.....号
.....月.....日調査.....	項目を指示	確認年月日	.....年.....月.....日
.....月.....日調査.....	項目を指示		
確認.....	不確認（理由書添付）		
意見.....			
.....年.....月.....日			
環境衛生監視員	印		