

美容所開設届出書

年 月 日

豊中市長

住所

開設者

〔法人にあっては、主たる事務所の所在地、
その名称及び代表者の氏名〕

フリガナ

氏名

電話

美容所を開設したいので、美容師法第11条第1項の規定により次のとおり届け出ます。

申請者・施設情報											
美容 所 情 報	フリガナ										
	名称										
	所在地										
	電話番号	☐ 電話番号公開不可									
申請・届出情報											
営業種別(該当に○)			美容			まつ毛エクステンション			化粧・結髪		
開設予定年月日		年 月 日		従事者数／うち免許所有者数				人 / 人			
重複開設の有無			理容所名				重複開設 予定年月日	年 月 日			
構造 設備 ・ 消毒 方法	採光・照明		その他の詳細				換気				
	床材質				腰板材質						
	ふた付毛髪箱		個	ふた付汚物箱		個	蒸しタオル器		台		
	消毒済器具容器		個	未消毒器具容器		個	流水設備		台		
	救急箱		個	消毒方法							
	美容所面積	㎡				左記のうち待合所面積		㎡			
	美容いす		台			洗髪設備の有無			洗髪設備数	台	
従事者情報											
管理 美容 師	住所										
	フリガナ										
	氏名										
	免許情報		第	号	年 月 日	登録					
	修了証情報		第	号	年 月 日	修了					
その 他 美 容 師	氏名・免許情報		第	号	年 月 日	登録					
	氏名・免許情報		第	号	年 月 日	登録					
	氏名・免許情報		第	号	年 月 日	登録					

美容所の平面図

付近の見取図

この届出等に係る担当・連絡先	
担当者名	
担当者連絡先	

※保健所使用欄

現地確認年月日	年	月	日	:
---------	---	---	---	---

会計	受付

記入例

美容所開設届出書

〇〇〇〇 年 〇 月 〇〇 日

豊中市長

住所	大阪府豊中市中桜塚3-1-1
開設者	豊中ワニビル1階
フリガナ	カブシキガイシャワニワニ
氏名	株式会社わにわに
代表取締役	豊中 一郎
電話	06-6858-5050

美容所を開設したいので、美容師法第11条第1項の規定により次のとおり届け出ます。

申請者・施設情報											
美容 所 情 報	フリガナ	ヘアサロン トヨナカワニ									
	名称	ヘアサロン とよなかわに									
	所在地	豊中市中桜塚4-11-1									
	電話番号	06-6152-7321								☐ 電話番号公開不可	
申請・届出情報											
営業種別(該当に○)		☒	美容			まつ毛エクステンション			化粧・結髪		
開設予定年月日		〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日		従事者数／うち免許所有者数				3 人 ／ 3 人			
重複開設の有無			理容所名				重複開設 予定年月日		年 月 日		
構造 設備 ・ 消毒 方法	採光・照明	LED		その他の詳細				換気		機械換気	
	床材質	コンクリート				腰板材質		コンクリート			
	ふた付毛髪箱	1 個		ふた付汚物箱		1 個		蒸しタオル器		台	
	消毒済器具容器	1 個		未消毒器具容器		1 個		流水設備		4 台	
	救急箱	1 個		消毒方法		紫外線		エタノール			
	美容所面積	30 m ²				左記のうち待合所面積		3 m ²			
	美容いす	6 台				洗髪設備の有無		☒	洗髪設備数		2 台
従事者情報											
管理 美容 師	住所	大阪府豊中市中桜塚3-1-1 豊中ワニビル1階									
	フリガナ	トヨナカ イチロウ									
	氏名	豊中 一郎									
	免許情報	厚生労働大臣		第 〇〇〇〇 号		1986 年 6 月 21 日		登録			
	修了証情報	大阪府知事		第 〇〇〇〇 号		1990 年 4 月 10 日		修了			
その 他 美 容 師	氏名・免許情報	豊中 三郎		厚生労働大臣 第 〇〇〇〇 号		1990 年 3 月 18 日		登録			
	氏名・免許情報	丹羽 花子		厚生労働大臣 第 〇〇〇〇 号		1994 年 10 月 7 日		登録			
	氏名・免許情報			第 号		年 月 日		登録			

美容所の平面図

別紙のとおり
(別途平面図等を添付する場合)

付近の見取図

別紙のとおり
(インターネット地図のプリントアウト等を添付する場合)

この届出等に係る担当・連絡先	
担当者名	待兼 元気
担当者連絡先	00-0000-0000

※保健所使用欄

現地確認年月日	年 月 日 :
---------	------------------------

会計	受付
※保健所使用欄	※保健所使用欄