

従業者名簿

氏名 生年月日	免許証番号 発行年月日	管理理(美)容師証番号 発行年月日	保健所 記入欄
年 月 日生	第 号 大臣都道府県 道府県号 年 月 日	第 号 年 月 日	照合印
年 月 日生	第 号 大臣都道府県 道府県号 年 月 日	第 号 年 月 日	照合印
年 月 日生	第 号 大臣都道府県 道府県号 年 月 日	第 号 年 月 日	照合印
年 月 日生	第 号 大臣都道府県 道府県号 年 月 日	第 号 年 月 日	照合印
年 月 日生	第 号 大臣都道府県 道府県号 年 月 日	第 号 年 月 日	照合印
年 月 日生	第 号 大臣都道府県 道府県号 年 月 日	第 号 年 月 日	照合印
年 月 日生	第 号 大臣都道府県 道府県号 年 月 日	第 号 年 月 日	照合印
年 月 日生	第 号 大臣都道府県 道府県号 年 月 日	第 号 年 月 日	照合印
年 月 日生	第 号 大臣都道府県 道府県号 年 月 日	第 号 年 月 日	照合印
年 月 日生	第 号 大臣都道府県 道府県号 年 月 日	第 号 年 月 日	照合印

注：理(美)容師免許証および管理理(美)容師証を確認しますので、必ずお持ちください。
コピー不可。