

主管課長	主査	担当者

練馬区保健所長 殿

開設者住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話 ( )

(法人の場合は、その所在地、名称および代表者氏名)

### 理・美容所(従業者)変更届

下記のとおり、本施設(従業者)を変更したので、理・美容師法第11条第2項の規定により届け出ます。

#### 記

- 1 施設の名称 \_\_\_\_\_
- 2 施設の所在地 \_\_\_\_\_ 電話( ) \_\_\_\_\_
- 3 変更事項 従業者つぎのとおり

氏 名 生年月日	免 許			従業(雇用)年月日	伝染性疾患	備 考
	取 得 都道府県	年 月 日 番 号	照 合 印	移 動(退職)年月日	り 患 年 月 日 治 癒 年 月 日	
年 月 日生		. .		年 月 日	. .	
年 月 日生		. .		年 月 日	. .	
年 月 日生		. .		年 月 日	. .	
年 月 日生		. .		年 月 日	. .	
年 月 日生		. .		年 月 日	. .	
年 月 日生		. .		年 月 日	. .	
年 月 日生		. .		年 月 日	. .	
年 月 日生		. .		年 月 日	. .	
年 月 日生		. .		年 月 日	. .	

添付書類 1 つぎのいずれかに該当する場合は、当該理・美容師に係る伝染性疾患の有無に関する医師の診断書  
 (1)理・美容師を新たに使用する場合  
 (2)理・美容師が疾病にり患した場合  
 (3)理・美容師の疾病が治癒した場合  
 2 管理理・美容師にあってはそれを証する書類

台帳処理済	
-------	--