理容所開設届出事項変更届

 　　　　　年　　　月　　　日

　福山市保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者　住　　所

名 前 　　 　　　印

 　　法人にあっては，主たる事務所の

 　　　　　　　所在地，名称及び代表者の名前

次のとおり理容所の開設届出事項を変更しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 理 　容 　所 　の 　名 　称 |  |
| 理　容　所　の　所　在　地 |  |
| 　変更事項 | 　事　　　　　　　　項　　 | 　　　　　　新　　　　　　 | 　　　　　　　旧 |
|  |  |  |
| 内　容 | 同 左年月日 | 名 前（資 格） | 免許証番号年 月 日 | 管理修了書番　　　号年　月　日 | 住　　　所 | 理容師法施行規則第19条第１項第６号に規定する疾病の有無 |
|  |  年 月 日 |  ( 　 ) | 第 号・　・ | 第　　　 号・　・ |  | 有・無 |
|  |  年 月 日 |  ( 　 ) | 第 号・　・ | 第　　　 号・　・ |  | 有・無 |
|  |  年 月 日 |  ( 　 ) | 第 号・　・ | 第 号・　・ |  | 有・無 |
| 変 　更 　年 　月 　日 |  　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 変　 　更　 　理　 　由 |  |

　添付書類　１　管理理容師資格認定講習会修了証の写し又は修了証明書（管理理容師を設置し，又は変更した場合）

　　　　　　２　結核又は皮膚疾患の有無に関する医師の診断書（新たに理容師が従事，又は当該疾病にり患し，若しくは治癒した場合）

　　　　　　３　構造設備の変更にあっては，変更前・後の施設の平面図

　注　　１　新たに理容師が従事した場合は，当該理容師の免許証の原本の確認を受けること。

　　　　２　法人の代表者の変更の場合には，登記事項証明書の原本の確認を受けること。