

課長	区政情報管理責任者	主査	担当

東京都北区保健所長 殿

年 月 日

開設者住所

氏 名

年 月 日生 電話 ( )

(法人の場合は、その名称、所在地、電話番号及び代表者氏名)

### 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 次のとおり

氏 名 生 年 月 日	免 許		従業(雇用)年月日 異動(退職)年月日	伝 染 性 疾 病		備 考
	国・都 道 府 県	年 月 日 番 号		照 合 印	り 患 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	年 月 日	

添付書類 1 次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・美容師にあつてはそれを証する書類

注 届出者は太線の内側だけ記載してください。個人情報を除く枠内の記載事項は情報公開の対象となります。

ID	NO.	資格者数	有( )名 無( )名	台帳処理済	年 月 日
----	-----	------	-------------	-------	-------