

就業者台帳

(令和 2年 9月 1日現在)

金沢 支部 ○○ 地区

(フリガナ) イシカワケンリョウセイカヅエイトウギョウクミアイ
店名 石川県理容生活衛生同業組合

営業所開設検査確認証番号 理第 ○○ 号

【創業年月日】(*初代店主が開店した年月。わかっている範囲でご記入ください。例:明治元年頃 等)

創業 昭和32年 12月 5日

【営業所住所】

営業所椅子台数 5台

フリガナ	イシカワケンカナザワシモトギクチョウ6バン10ゴウ	〒	920 - 0036
営業所 住所	石川県金沢市元菊町6番10号	TEL. (076)	232 - 2362
		FAX. (076)	233 - 2219
		Mail: jimu@irk.or.jp	
		☎	携帯 ()

*メールアドレスは、組合からメールでご連絡をする場合にご都合の良いアドレスをご記入いただき、該当する機器に○をつけ、携帯の場合は誰の携帯なのかをご記入ください。

【営業者と組合員】

営業者名 (法人の場合は法人名 と代表者)	山田 太郎	組合員名	山田 太郎
-----------------------------	-------	------	-------

【就業者】

*店舗に在籍する方すべてを記入願います。(続柄は組合員から見た続柄をご記入ください。)

* () 内は当てはまるに箇所に○印を付けてください。

営: 営業者 (確定申告者) 組: 組合員 後: 後継者 家: 家族従業員 雇: 雇用従業員 学: 理容学校生 (通信科含)

フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	理容師免許番号	免許取得年月日	管理理容師番号	出張理容業務証
(営) (組) (後) (家) (雇) (学) やまだ たろう 山田 太郎	男 女	本人	昭和 平成 40年 1月 1日生	国 都府県 石川 ○○○号	昭和 平成 令和 62年 4月 5日	都府県 石川 ○○○号	金沢 保健所 第 ○○○ 号 有効期限 R3年 4月 1日
(営) (組) (後) (家) (雇) (学) やまだ はなこ 山田 花子	男 女	妻	昭和 平成 45年 2月 2日生	国 都府県 石川 ○○○号	昭和 平成 令和 11年 4月 10日	都府県 号	保健所 第 号 有効期限 年 月 日
(営) (組) (後) (家) (雇) (学) やまだ だいすけ 山田 大輔	男 女	子	昭和 平成 7年 3月 3日生	国 都府県 石川 ○○○号	昭和 平成 令和 27年 8月 31日	都府県 石川 ○○○号	金沢 保健所 第 ○○○ 号 有効期限 R3年 5月 1日
(営) (組) (後) (家) (雇) (学) やまだ あいこ 山田 愛子	男 女	子の妻	昭和 平成 6年 4月 4日生	国 都府県 石川 ○○○号	昭和 平成 令和 30年 4月 31日	都府県 号	保健所 第 号 有効期限 年 月 日
(営) (組) (後) (家) (雇) (学) すざき しょう 鈴木 翔	男 女	その他	昭和 平成 3年 5月 5日生	国 都府県 石川 ○○○号	昭和 平成 令和 24年 4月 12日	都府県 号	保健所 第 号 有効期限 年 月 日
(営) (組) (後) (家) (雇) (学) やまだ がく 山田 学	男 女	甥	昭和 平成 13年 6月 6日生	国 都府県 号	昭和 平成 令和 年 月 日	都府県 号	保健所 第 号 有効期限 年 月 日
(営) (組) (後) (家) (雇) (学)	男 女		昭和 平成 年 月 日生	国 都府県 号	昭和 平成 令和 年 月 日	都府県 号	保健所 第 号 有効期限 年 月 日

(裏面へ続く)

【出張理容】

出張理容に関して、該当する箇所全てに○印、またはご記入ください。

出張理容	<input checked="" type="radio"/> おこなっている	<input type="radio"/> おこなっていない	その他（ ）
------	------------------------------------------	--------------------------------	--------

*おこなっている場合は下記もご記入ください。

出張場所	施設 <input checked="" type="radio"/> 病院	<input type="radio"/> 依頼者の自宅	その他（ ）
介護状態 *対応している項目すべてに○印を付けてください。	<input checked="" type="radio"/> イス等で座位が保てる	<input checked="" type="radio"/> ベッドのリクライニングで姿勢を保つ	<input type="radio"/> 寝たきり（座位が保てない）
		<input type="radio"/> 人口呼吸器装着	その他（ ）
組合事務所からの出張理容依頼への対応	<input checked="" type="radio"/> 対応できる	<input type="radio"/> 対応できない	その他（ お店から〇〇km以内ならOK等 ）

*就業者欄が足りない方はこちらにお書きください。

ふりがな氏名	性別	続柄	生年月日	理容師免許番号	免許取得年月日	管理理容師番号	出張理容業務証
(営・組・後・家・雇・学)	男		昭和 平成 年 月 日生	国都府県 号	昭和 平成 令和 年 月 日	都府県 号	保健所 第 号 有効期限 年 月 日
(営・組・後・家・雇・学)	男		昭和 平成 年 月 日生	国都府県 号	昭和 平成 令和 年 月 日	都府県 号	保健所 第 号 有効期限 年 月 日
(営・組・後・家・雇・学)	男		昭和 平成 年 月 日生	国都府県 号	昭和 平成 令和 年 月 日	都府県 号	保健所 第 号 有効期限 年 月 日
(営・組・後・家・雇・学)	男		昭和 平成 年 月 日生	国都府県 号	昭和 平成 令和 年 月 日	都府県 号	保健所 第 号 有効期限 年 月 日
(営・組・後・家・雇・学)	男		昭和 平成 年 月 日生	国都府県 号	昭和 平成 令和 年 月 日	都府県 号	保健所 第 号 有効期限 年 月 日

- ◎ ご記入は、楷書でハッキリとお願いします。
- ◎ 後継者とは、将来、営業者（店主）・組合員となられる予定の方です。
- ◎ 就業者台帳は、個人情報保護法に基づき目的以外に使用せず組合にて厳重に保管します。