**（令和 ２年 ９月 １日現在）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **支部　　　　　　　地区** |  | |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  **店名** |  | **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**

**【 営業所住所 】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　営業所椅子台数　　　　台**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 〒　　　　　－ |
| **営 業 所**  **住 所** |  | TEL．（　　　　　　）　　　　　－ |
| FAX．（　　　　　　）　　　　　－ |
| Mail：  PC ・ 携帯（　　　　　　　　　　　） |

＊メールアドレスは、組合からメールで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、

該当する機器に〇をつけ、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）** |  | **組 合 員 名** |  |

　【 **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〇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）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  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　　　　号  　　　 県 | 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　　　　号  　　　 県 | 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　　　　号  　　　 県 | 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　　　　号  　　　 県 | 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　　　　号  　　　 県 | 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　　　　号  　　　 県 | 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　　　　号  　　　 県 | 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〇印、またはご記入ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **出　張　理　容** | **おこなっている　　　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　　　病　院　　　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**  **〇印を付けてください。** | | **イス等で座位が保てる　　　　ベッドのリクライニングで姿勢を保つ**  **寝たきり（座位が保てない）　　　　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** | | **対応できる　　　　対応できない　　　　その他（　　　　　　　　　）** |

**＊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  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　　　　号  　　　 県 | 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　　　　号  　　　 県 | 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　　　　号  　　　 県 | 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　　　　号  　　　 県 | 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　　　　号  　　　 県 | 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。**