

出張理容業務届

年 月 日

(あて先) 金沢市保健所長

届出者
住 所

理容師氏名 ㊟

(届出者本人が署名する場合は、押印を省略できます。)

電話番号

出張理容を開始したいので、金沢市出張理容・出張美容に関する衛生管理要綱第6条の規定により次のとおり届け出ます。

区 分	出張理容(初回・2回目以降) ※該当するもの方に○印を付けてください。							
免許証番号 (取得した県名)	第	号	()	免許証交付年月日	年	月	日	
所属する理容所 (所属理容師のみ)	(所在地)							
	(名 称)							
所属理容師は、所属理容所の開設者から証明をもらうこと。 (届出者が開設者である場合は、省略できます。)	届出者は、当理容所で理容師として従事しており、出張の業務にあたっては、当理容所の器具及び消毒設備を使用することを承諾しています。 年 月 日 開設者 住所 氏名 印							
出張区分	<input type="checkbox"/> 疾病その他の理由により、理容所に来ることができない者に対して理容を行う場合 <input type="checkbox"/> 社会福祉法第2条第2項第1号から第5号までに掲げる第一種社会福祉事業に係る施設に入所している者の求めに応じ、出張して理容を行う場合(児童養護施設、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、障害者支援施設等) <input type="checkbox"/> その他()							
出張先	市・町		(施設名称)					
※以下は、金沢市内の理容所の開設者である理容師又は従事者である理容師は記入不要です。								
消毒器具等	消毒器具及び作業に要する器具・布片の保管場所の所在地							
	消毒済器具格納設備		(個)	未消毒器具格納設備		(個)		
	消毒済器具携帯用容器		(個)	未消毒器具携帯用容器		(個)		
	消毒設備		<input type="checkbox"/> 蒸気消毒器 <input type="checkbox"/> 煮沸消毒器 <input type="checkbox"/> 紫外線消毒器 <input type="checkbox"/> 薬物消毒器及び消毒薬品()					
携行品	かみそり	本	はさみ	本	バリカン	個	消毒薬	<input type="checkbox"/> 廃棄物収納容器 <input type="checkbox"/> シート <input type="checkbox"/> 応急用薬品・衛生材料 <input type="checkbox"/> その他()
	ブラシ	本	くし	本	タオル	枚	消毒器材	

注 該当する□の中にレ印を付けてください。

(添付書類等)

- 1 理容所に所属していない理容師又は県外の理容師の方が届出する際、結核、皮膚疾患等の有無に関する医師の診断書(発行後3箇月以内のもの)を添付してください。 ※ 2回目以降の届出に当該診断書の添付は不要です。
- 2 理容所に所属していない理容師及び県外の理容師の方が届出する際、次に掲げるものを提示してください。
 - ① 理容師免許証
 - ② 出張業務を行う際の携行品(消毒薬、消毒器、タオル等布片、応急用薬品等)
※ 2回目以降の届出には、上記①の提示は不要です。
- 3 2回目以降の届出の際、出張理容業務証(前回交付のもの)を添付してください。