

(用紙 日本工業規格 A 4 縦長型)

理容所の届出事項変更届

年 月 日

神奈川県鎌倉保健福祉事務所長殿

住 所  
氏 名

(法人にあつては、所在地、名称及び代表者の氏名)

電話番号

次のとおり理容所の届出事項を変更したので、理容師法第11条第2項の規定により届け出ます。

1 理容所の名称

所在地

2 変更事項 理容師の雇入れ・管理理容師の変更・理容師の退職

その他 ( )

旧

新

3 変更年月日 年 月 日

添付書類

理容師の疾病に係る事項を変更する場合又は理容師を新たに雇い入れた場合は、その者の結核、皮膚疾患等の有無を証する医師の診断書

### 1 理容師雇入れの場合

氏名			
生年月日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
免許交付者	国・ 都・道 府・県	国・ 都・道 府・県	国・ 都・道 府・県
免許証番号	第 号	第 号	第 号
免許取得 年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
免許証確認欄			
診断書確認欄			

### 2 管理理容師変更の場合

氏名		講習会修了番号	第 号
住所		講習会修了証 取得年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
生年月日	昭和 平成 年 月 日		
免許交付者	国・ 都・道 府・県	免許証確認欄	
免許証番号	第 号	修了証確認欄	
免許取得 年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	診断書確認欄	

### 3 退職の場合

氏名		氏名	
氏名		氏名	
氏名		氏名	

※太枠内のみ記入