

様式第9号(第7条関係)

(表面)
出張理容業務届

年 月 日

(提出先)
川越市保健所長

届出者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり出張理容を行いたいので、川越市理容師法施行条例第6条第1項の規定により
届け出ます。

出張理容を行う 理 容 師	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
	登 録 番 号	大臣・()知事 第 号	
	登 録 年 月 日	年 月 日	
	所属する理容所 がある場合	名 称	
		所 在 地	
		電 話 番 号	
	出張(派遣)専門の 事業所に所属 している場合	名 称	
		所 在 地	
電 話 番 号			
開設者氏名(法人の 場合にあつては、 代表者の氏名)			
出張理容を行う 場 所	名 称		
	所 在 地		

(裏面)

出張理容を行う 特 別 の 事 情	☐ 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行うため。 ☐ 社会福祉施設等において、その入所者に対して理容を行うため。 ☐ その他()
出張理容の 開始予定年月日	年 月 日
川 越 市 外 の 営 業 区 域	さいたま市 ・ 越谷市 ・ 川口市 ・ 埼玉県(川越市、さいたま市、越谷市及び川口市を除く区域) ・ その他()

添付書類

- 1 理容師免許証の写し
- 2 理容師法施行規則第19条第1項第6号に規定する疾病の有無に関する医師の診断書
- 3 皮膚に接する布片等の消毒設備その他出張理容の業務を行う際に携帯する器具等が確認できるもの(持参又は写真等)
- 4 所属する理容所がある場合は、当該理容所の確認済書の写し(この書類を添付する場合にあっては、1から3までの書類の添付は不要)