

(理容・美容) 出張業務届出書

年 月 日

佐賀県

保健福祉事務所長 様

届出者 住 所

氏 名

(法人にあっては主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名)

連絡先

下記のとおり出張(理容・美容)を行いたいので、佐賀県出張理容・出張美容衛生指導要領第6の規定により届け出ます。

記

理 (美) 容 師	免許登録番号	第 号		
	免許登録年月日	年 月 日		
	住 所			
	氏 名			
営業施設 又は 業務の管理施設	名 称			
	所在地			
営業施設	確認済証 番 号		確 認 済 年 月 日	
出 張 理 由				
主に出張業務を行う地域				
出 張 期 間		平成 年 月 日から	日(年)間	
		平成 年 月 日まで		
携行品の内容及び数量		別紙1のとおり		
衛生措置の方法		別紙2のとおり		

※2名以上で出張業務を行う場合の記載事項

従業者の氏名			
従事者の住所			
理(美)容師免許登録年月日			
理(美)容師免許登録番号			

管理理(美)容師の氏名	資格認定講習会修了証番号	資格認定講習会修了年月日

添付書類①結核、皮膚疾患等の疾病の有無に関する医師の診断書(理容所・美容所に所属していない場合のみ提出、1年以上継続して出張業務を行う場合は、初回の届出時のみ)

②理容師免許証(写し)又は美容師免許証(写し)

※ この事務手続きに伴いお預かりした個人情報届出事務に利用し、第三者に提供しません。

ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむを得ない場合などに提供や利用する場合があります。

携行品の内容及び数量

携 行 品 目	名 称 及 び 数 量
(1) 洗浄及び消毒 済み器具並び に収納箱	ハサミ 個 カットレザー 個 バリカン 個 コーム 個 ヘアーブラシ 個 カミソリ 個 カミソリフォルダー 個 シェービングブラシ 個 シェービングカップ 個 カラー剤容器 個 ロッド 個 クリップ 個 ピンセット 個 器具収納容器 個
(2) 使用済み器具 収納箱	器具収納容器 個
(3) 消毒済みタオル 及び収納箱	タオル 枚 未使用収納容器 個 使用済収納容器 個
(4) 外傷用救急処 置薬品及び衛 生材料	絆創膏・傷用消毒薬・滅菌ガーゼ・その他 ()
(5) 石ケン、消毒液	消毒用エタノール・逆性石ケン その他使用薬品 () 薬物消毒用容器 個 器具用洗剤 個 器具洗浄用ボウル 個 殺菌ハンドソープ・ウエットティッシュ・ティッシュ・脱脂綿
(6) 清掃用具	ホウキ・塵取り・雑巾・バケツ・掃除機・毛髪ゴミ容器(袋) 一般ゴミ容器(袋)
(7) その他業務に 必要な器具布 片等	クロス・鏡・ハンドドライヤー・ヘアーアイロン・マスク・手袋 ビニールシート

衛生措置の方法

項 目	講 ず る 措 置 の 内 容
(1) 作業環境	
(2) 携行品等	
(3) 管 理	
(4) 衛生的取扱	
(5) 消 毒	
(6) 自主管理体制	(衛生管理要領の概要を記載すること。)

(理容・美容) 出張業務管理施設設置届

年 月 日

佐賀県 保健福祉事務所長 様

届出者 住所

氏名
 (法人にあつては主たる事務所の所在地、
 名称及び代表者の氏名)
 連絡先

下記のとおり(理容・美容)出張業務管理施設を設置したので、佐賀県出張理容・出張美容衛生指導要領第6の規定により届け出ます。

記

設置者等	施設の所在地				
	氏名又は名称及び代表者の氏名				
	住所又は主たる事務所の所在地				
構造	施設の構造		床面積	m ²	
	給排水設備の有無		換気設備の有無		防虫設備
設備等	消毒器具				
	消毒薬品				
	消毒済み器具 (消毒前器具)	(収納設備) 材質 容量	(携行用収納箱) 材質 容量		
	使用済み器具	(収納設備) 材質 容量	(携行用収納箱) 材質 容量		
	消毒済みタオル	(収納設備) 材質 容量	(携行用収納箱) 材質 容量		
	作業衣				
	業務に要する器具等の品名数量				
	救急処置薬品等				

※ この事務手続きに伴いお預かりした個人情報届出事務に利用し、第三者に提供しません。
 ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむを得ない場合などに提供や利用する場合があります。

別記様式第4号

(理容・美容)出張業務記録簿

(平成 年 月分)

出張業務を行った日	出張業務を行った施設等の名称	従事者の氏名	業務対象者数	備考
(その他特記事項)				

届出事項変更届

年 月 日

佐賀県 保健福祉事務所長 様

届出者 住所

氏名
〔 法人にあつては主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名 〕
連絡先

次のとおり佐賀県出張理容・出張美容衛生指導要領第6の規定による届出事項を変更したので、同要領第7の規定により届け出ます。

1 届出年月日等

業務の種類： 理容 ・ 美容
年 月 日：

2 変更事項(該当する項目を囲み、変更後の内容を記載すること。)

項 目	変更後の内容
営業者の氏名又は住所	
営業施設の名称又は所在地 業務の管理施設の名称又は所在地	
従業者として届出のある 理容師又は美容師の氏名又は住所	
携行品のうち衛生措置に 係るものの内容及び数量	
衛生措置の方法	

3 変更年月日

年 月 日

※ この事務手続きに伴いお預かりした個人情報届出事務に利用し、第三者に提供しません。
ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむを得ない場合などに提供や利用する場合があります。

出張業務廃止届

年 月 日

佐賀県 保健福祉事務所長 様

届出者 住所

氏名

（法人にあつては主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名
連絡先）

次のとおり佐賀県出張理容・出張美容衛生指導要領第6の規定による届出に係る業務を廃止したので、同要領第7の規定により届け出ます。

1 届出年月日等

業務の種類： 理容 ・ 美容

年 月 日：

2 廃止年月日

年 月 日

3 廃止の理由（該当する項目を囲んでください。）

- ・出張業務を廃止することによる廃止届
- ・営業施設若しくは業務の管理施設の所在地の変更による廃止届
- ・主に出張業務を行う地域の変更による廃止届
- ・その他（具体的に： ）

※ この事務手続きに伴いお預かりした個人情報届出事務に利用し、第三者に提供しません。
ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむを得ない場合などに提供や利用する場合があります。

再交付願

年 月 日

佐賀県 保健福祉事務所長 様

届出者 住所

氏名

〔 法人にあつては主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名 〕

連絡先

次のとおり佐賀県出張理容・出張美容衛生指導要領第7の規定により出張業務届出書の受付印押印後の写しの再交付を願い出ます。

1 届出年月日等

種 類：理容・美容
年月日：

2 亡失又は汚損の年月日(わかる場合記入)

年 月 日

3 再交付の理由

※ この事務手続きに伴いお預かりした個人情報届出事務に利用し、第三者に提供しません。
ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむを得ない場合などに提供や利用する場合があります。