

様式第1号

理容師 出張業務 新規 開始届  
美容師 追加

★該当するものを○で囲むこと。

年 月 日

岡山県 ○ ○ 保健所長 殿

届出者

住 所  
〔 法人の場合にあっては、  
主たる事務所の所在地 〕 ○○市○○123-4

(ふりがな)  
氏 名 おかやま美容(株)  
〔 法人の場合にあっては、  
名称及び代表者の氏名 〕 代表取締役 岡山 太郎

Tel (0123) 45-6789

次のとおり、理容所・美容所に来ることができない者に対して出張業務を行うので、関係書類を添えて届け出ます。

出張する 理容師 美容師	(ふりがな) 氏 名 おかやま たろう 岡山 太郎	登録番号及び 登録年月日	岡山県第1234号 昭和○年○月○日
	従事している 理(美)容所の 名称、所在地 及び電話番号	〒○○○-○○○○ Tel (0123) 45-6789 ○○市○○町2-1 ヘアサロンおかやま	
出張先 の区分	<input type="checkbox"/> 疾病その他の理由により、理(美)容所に来ることができない者 (理由: <input type="checkbox"/> 留置施設、拘置所、刑務所等に収容されている者 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉施設等に入所している者等       )		
出張先の 名称、所在地 及び電話番号	〒○○○-○○○○ Tel (9876) 54-3210 ○○市○○町987 特別養護老人ホーム 桃太郎苑 ★施設の種別を記載すること。		
業務開始年月日	○○年○月○日		
消毒方法	(かみそり・血液付着) <input checked="" type="checkbox"/> エタノール <input type="checkbox"/> 煮沸 <input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム		
	(その他器具) <input type="checkbox"/> エタノール <input type="checkbox"/> 煮沸 <input checked="" type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム <input checked="" type="checkbox"/> 紫外線照射 <input type="checkbox"/> 蒸気 <input type="checkbox"/> 逆性石ケン <input type="checkbox"/> その他 ( )		
携行品	<input checked="" type="checkbox"/> 洗淨・消毒済みのはさみ等の理(美)容器具収納容器 <input checked="" type="checkbox"/> 使用済み器具収納容器 <input checked="" type="checkbox"/> 救急処置用薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 手洗い用石ケン・消毒液 <input checked="" type="checkbox"/> 消毒された布片類・タオル及びこれらを収納できるもの <input type="checkbox"/> その他 ( )		保健所受付印
	所属団体等の名 称、所在地及び 電話番号	所属団体等の名称: NPO法人 チョキチョコキ 〒○○○-○○○○ ○○市○○123-10 Tel (0123) 45-6710	

(裏面に続く) ★理(美)容所従事していない理(美)容師にあっては、診断書、理(美)容師免許証(写し)又は理(美)容師免許証明書(写し)を提出すること。

#### 添付書類

- ・ 出張先の施設概要（パンフレット等）
- ・ すでに届出ている出張先の一覧  
(以下、理(美)容所に従事していない理(美)容師に限る。)
- ・ 結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾病の有無に関する医師の診断書
- ・ 理(美)容師免許証(写し)又は理(美)容師免許証明書(写し)

#### 記入上の注意事項

- 1 出張する理(美)容師が複数の場合には、従事理(美)容師に関する事項を別紙に記載し添付すること。
- 2 出張先の区分欄には、該当する項目の□に ✓ 印を付けること。
- 3 出張先が複数の場合には、出張先に関する事項を別紙に記載し添付すること。
- 4 社会福祉施設については特別養護老人ホームなど施設の種別を記入すること。
- 5 消毒方法の区分欄には、該当する項目の□に ✓ 印を付けること。
- 6 携行品の区分欄には、該当する項目の□に ✓ 印を付けること。
- 7 出張業務に関し、理(美)容所以外に所属する団体等がある場合には、団体等の名称、所在地及び連絡先を記載すること。