

美容所届出事項変更届出書

令和〇年 〇月 〇日

吹田市保健所長 宛

届出者 住 所 吹田市江坂町〇-〇

氏 名 株式会社〇〇〇 代表取締役 吹田 太郎
(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)

美容師法第11条第2項の規定により、次のとおり届出事項の変更の届出をします。

名 称	ヘアースalon〇〇〇		
所 在 地	吹田市江坂町〇-〇 〇〇ビル2階		
確 認 年 月 日 及 び 確 認 番 号	令和〇年 〇月 〇日 〇吹健衛第 〇〇-〇 号		
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	美容師の追加		別紙のとおり
	従業者数 (美容師数)	5 (4)	6 (5)
変 更 年 月 日	美容師の人数	令和〇年 〇月 〇日	

添付書類

- ・「美容師免許証」の原本（窓口で確認後、返却）
- ・結核、感染性皮膚疾患の有無に関する診断書（診断日より1か月以内有効）

※美容師免許証に記載されている氏名に変更がある場合は、氏名変更したことが分かる公的な
証明書（戸籍謄本（全部事項証明）、戸籍抄本（個人事項証明）など）を持参してください。

管理美容師氏名	美容師免許証及び管理美容師講習会修了証	結核、皮膚疾患の有無
フリガナ	美容師免許証	有・無
	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名） 登録番号 第 号 登録年月日 年 月 日	
	管理美容師講習会修了証	
	知事（都道府県名） 修了番号 第 号 修了年月日 年 月 日	
住所		
美容師氏名	美容師免許証	結核、皮膚疾患の有無
フリガナ スイタ ハナコ	<input checked="" type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名） 登録番号 第〇〇〇〇〇〇号 登録年月日 令和〇年 〇月 〇日	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
吹田 花子		
フリガナ	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名） 登録番号 第 号 登録年月日 年 月 日	有・無
フリガナ	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名） 登録番号 第 号 登録年月日 年 月 日	有・無
フリガナ	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名） 登録番号 第 号 登録年月日 年 月 日	有・無
フリガナ	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名） 登録番号 第 号 登録年月日 年 月 日	有・無
フリガナ	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名） 登録番号 第 号 登録年月日 年 月 日	有・無
フリガナ	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名） 登録番号 第 号 登録年月日 年 月 日	有・無
フリガナ	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 <input type="checkbox"/> 知事（都道府県名） 登録番号 第 号 登録年月日 年 月 日	有・無
その他の従業者氏名	フリガナ	フリガナ
	フリガナ	フリガナ