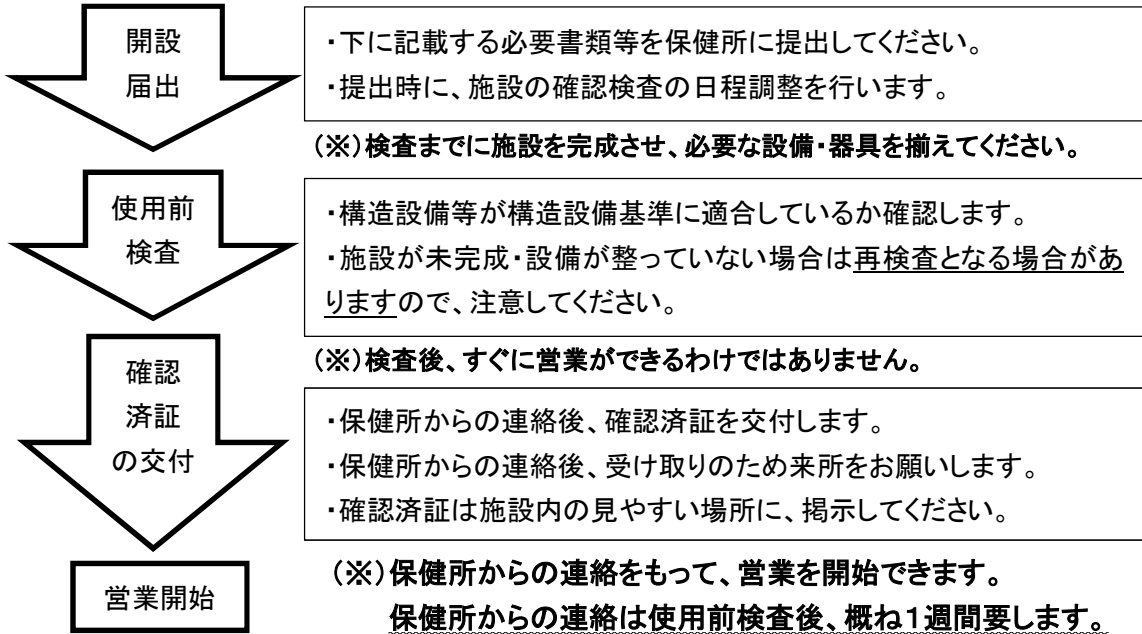


美容所を開設される方へ

＜営業開始までの流れ＞



届出の時期は、営業開始予定日までの日程に余裕を持ってお願いします。

＜開設届出＞

開設の届出にあたっては、次のものがが必要です。(美容師法施行規則第19条関係)

チェック欄		必要書類等	備考
1	<input type="checkbox"/>	美容所開設届出書(様式第1号)	【2部】
2	<input type="checkbox"/>	美容所の平面図、付近見取図 ※設計図、住宅地図等の添付でも可	【2部】 図中に詳細事項を追記してください。(p.5記入例参照)
3	<input type="checkbox"/>	従業する美容師全員の美容師免許証 ※届出時に確認後、返却します	【原本】 記載の氏名に変更がある場合 →p2. Q3 を参照ください。
4	<input type="checkbox"/>	従業する美容師全員の診断書(参考様式) (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ヵ月以内のもの	【原本】
5	<input type="checkbox"/>	従業する美容師が2名以上の美容所については、 そのうち1名が管理美容師であることを証する書類 ※管理美容師は他の美容所との兼任はできません ※届出時に確認後、返却します	【原本】及び【その写し2部】 記載の氏名に変更がある場合 →p2. Q3 を参照ください。
6	<input type="checkbox"/>	開設者が外国人の場合は、住民票の写し(住民基本台帳法第30条の45に規定する国籍等を記載したものに限り)	【市町村が発行する写しの原本】
7	<input type="checkbox"/>	手数料	16,000円(新規手数料)

<よくあるご質問>

Q 1 免許証を紛失したのですが。

A 1 公益財団法人理容師美容師試験研修センターへ再交付の手続きをしてください。
(電話 : 03-5579-6878 HP : <https://www.rbc.or.jp/license/>)

Q 2 管理美容師講習会修了証書を紛失したのですが。

A 2 大阪府以外の都道府県で受講された方又は平成10年度以降に大阪府で受講された方
→公益財団法人理容師美容師試験研修センターへ再交付の手続きをしてください。
(電話 : 03-5579-6878 HP : <https://www.rbc.or.jp/workshop/>)

平成9年度以前に大阪府で受講された方
→大阪府健康医療部生活衛生室環境衛生課へ「修了済み証明書」の申請方法についてお問い合わせください。
(電話 : 06-6944-9910、HP : <https://www.pref.osaka.lg.jp/kankyoeisei/ribiyou/>)

Q 3 免許証、管理美容師講習会修了証書に記載されている氏名に変更があるのですが。

A 3 氏名が変更したことが分かる公的な証明書を持参してください。(戸籍謄本(全部事項証明)、戸籍抄本(個人事項証明)など)なお、免許証は公益財団法人理容師美容師試験研修センターで書換え交付申請することができます。また、変更後の氏名の講習会修了証を必要とする場合は、「A 2」にならひお問い合わせください。

Q 4 保健所の確認を受けて既に営業している施設を、同一の場所で建替える又は別の場所へ移転する場合は。

A 4 旧の施設を廃止し、新たに保健所(移転の場合は移転先の管轄保健所)へ開設の手続きをしてください。

Q 5 保健所の確認を受けて既に営業している施設を、増・減築、改装する場合は。

A 5 工事に係る変更内容により手続きが異なりますので、保健所へお問い合わせください。

〈記入例〉

様式第1号

美容所開設届出書

令和〇年 〇月 〇日

吹田市保健所長 宛

届出者（開設者） 住 所 吹田市江坂町〇ー〇

(フリガナ) カブシキガイシャ〇〇〇

氏 名 株式会社〇〇〇スィタ タウ

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1項の規定により、次のとおり美容所の開設の届出をします。

名 称	フリガナ ヘアーサロン〇〇〇 ヘアーサロン〇〇〇	ビル、マンション等に美容所がある場合は、建物名、号室まで記入してください。	
所在地	吹田市江坂町〇ー〇 〇〇ビル2階 (商業ビル内等に美容所がある場合は、ビル名、階数まで御記入ください。)		
電話番号	06-6385-〇〇〇〇	開設予定年月日	令和〇年 〇月 〇日
F A X	06-6385-〇〇〇〇	メールアドレス	〇〇@〇〇.jp
種 別	<input checked="" type="checkbox"/> 美容 <input type="checkbox"/> 化粧、結髪等の業のみ ()		
従 事 者 数	(3) 人 (内免許所有者数 (2) 人)		
構 造 設 備	面積	(73.7) m ² (内待合所面積 (8.6) m ²)	
	採光・照明	<input type="checkbox"/> 白熱灯 <input type="checkbox"/> 蛍光灯 <input checked="" type="checkbox"/> LED <input type="checkbox"/> その他 ()	
	換 気	<input type="checkbox"/> 自然換気 <input checked="" type="checkbox"/> 機械換気	
	床材質	<input type="checkbox"/> コンクリート <input checked="" type="checkbox"/> クッションフロアシート <input type="checkbox"/> ビニルシート <input type="checkbox"/> リリウム <input type="checkbox"/> 木板 <input type="checkbox"/> その他 ()	
腰板材質	<input type="checkbox"/> コンクリート <input type="checkbox"/> クッションフロアシート <input checked="" type="checkbox"/> ビニルクロス <input type="checkbox"/> リリウム <input type="checkbox"/> 木板 <input type="checkbox"/> その他 ()		
器 具	美容椅子 (4) 台	蒸タオル器 (0) 台	未消毒器具容器 (1) 個
	消毒済器具容器 (1) 個	ふた付き毛髪箱 (1) 個	ふた付き汚物箱 (1) 個
	流水装置 (1) 台	救急箱 (1) 個	
消毒方法	<input checked="" type="checkbox"/> 紫外線 <input type="checkbox"/> 煮沸 <input type="checkbox"/> 湿熱 <input checked="" type="checkbox"/> エタノール <input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム <input type="checkbox"/> 逆性石ケン <input type="checkbox"/> グルコン酸コルヘキシジン <input type="checkbox"/> 両性界面活性剤		

※以下の情報は原則吹田市ホームページに公開します。

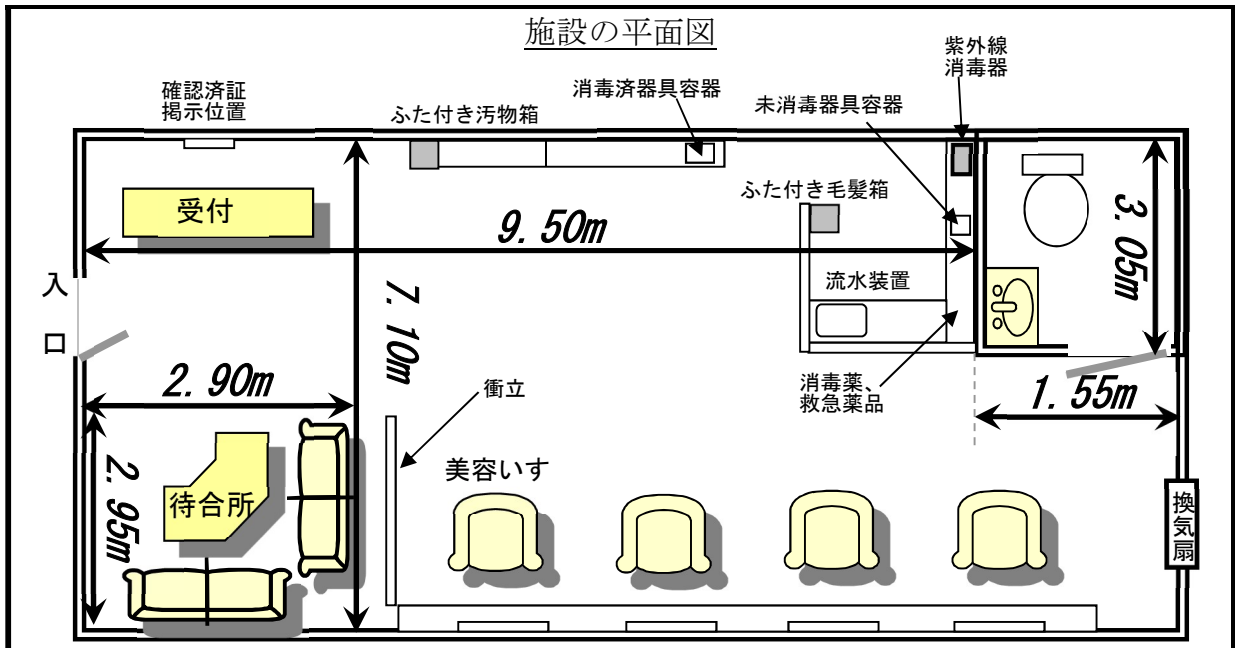
施設名称、施設所在地、施設電話番号、営業者名（法人の場合は代表者役職および代表者氏名を含む）、営業者住所（法人の場合のみ）

上記項目のうち公開することに不都合がある場合は次の欄にチェックをしてください。

施設電話番号 営業者名（個人の場合） 代表者役職（法人の場合）

代表者氏名（法人の場合）

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 スイタ ハナコ	美容師免許証	有・無
吹田 花子	<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 管理美容師講習会修了証 知事（都道府県名 大阪府） 修了番号 第〇〇〇〇号 修了年月日 令和〇年 〇月 〇日	
住 所	吹田市垂水町〇丁目〇-〇	
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 タロウ	<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・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 スイタ ジロウ 吹田 次郎	美容師免許を有しない従業者は、こちらに氏名のみを記載してください。
	フリガナ	
美容所と同一の場所で現に理容所を開設している場合は当該理容所の名称		同一施設内で理容所を開設していない又はしない場合は、空欄としてください。
美容所と同一の場所で理容所を開設しようとして理容所開設届を提出している場合（上欄の場合を除き、この届出書と同時に理容所開設届を提出する場合を含む。）は、当該理容所の開設予定年月日		
		年 月 日



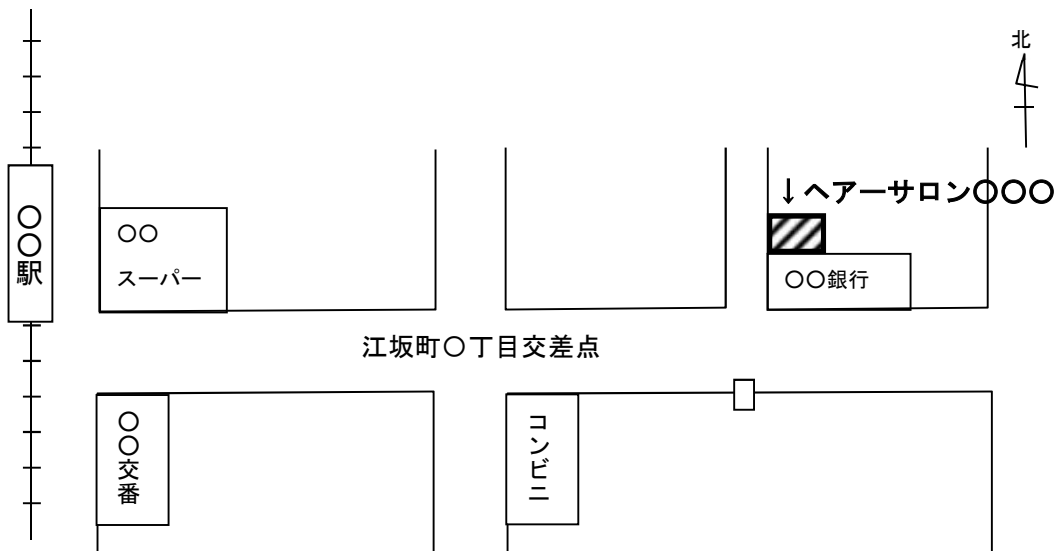
注意点

- 作業場・待合所の面積の計算の根拠となる寸法を記入すること
(※寸法は壁の中心から中心までの距離ではなく、室内の内寸法です)
- 換気扇、美容いす、ふた付き毛髪箱、ふた付き汚物箱、救急薬品、消毒済器具容器、未消毒器具容器、流水装置、消毒薬等、確認済証掲示位置、待合所位置を明示すること

本様式には記載せず、建築平面図等の別紙に注意点を追記する場合は、「有」を選択してください。

別紙参照 有・無

付近の見取図



本様式に記載せず、インターネット上の地図提供サービスを印刷して施設の所在地を示す場合は、「有」を選択してください。

別紙参照 有・無

添付書類

- 1 施設の平面図及び付近の見取り図 2部（前頁に記載している場合は不要）
- 2 従業する美容師全員の美容師免許証【原本】
- 3 従業する美容師全員の診断書（参考様式） 【原本】
（結核、感染性皮肤病疾患の有無に関する診断書） ※診断日より1ヵ月以内のもの
- 4 管理美容師講習会修了証（従業する美容師が2名以上の場合）【原本】及び【写し2部】
- 5 開設者が外国人の場合、住民票の写し【市町村が発行する写しの原本】
（住民基本台帳法第30条の45に規定する国籍等を記載したものに限る）