

届 出 書

平成 年 月 日

長野県知事様

住所（法人の事務所の所在地）

氏名（法人の名称及び代表者名）

_____ 印

電話 _____

施設の名称	電話	
所在地		
届出の種類（該当する番号に○をしてください。）		変更年月日
1	開設者住所の変更届（法人の事務所の所在地）	年 月 日
2	開設者氏名の変更届（法人の名称、代表者の氏名）	年 月 日
3	施設名称の変更届	年 月 日
4	構造設備の変更届	年 月 日
5	管理理容師の設置及び変更届	年 月 日
6	従業者の変更届	年 月 日
7	その他の変更届	年 月 日
8	営業廃止届	

届出の内容を次ページに記入してください。

（備考）氏名（法人にあつては、代表者名）を自署する場合には、押印を省略することができる。

届出内容		変更前	変更後	添付書類		
1	開設者の住所			<ul style="list-style-type: none"> ・ 法人の場合は登記簿謄本 ・ 検査確認済みの証 		
2	開設者の氏名			<ul style="list-style-type: none"> ・ 法人の場合は登記簿謄本 ・ 検査確認済みの証 		
3	施設名称			<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査確認済みの証 		
4	構造設備	変更部分の内容		<ul style="list-style-type: none"> ・ 構造設備の概要(別紙) ・ 検査確認済みの証 		
5	管理理容師住所氏名 修了証書	住所 氏名	住所 氏名 Tel 修了年月日・番号 年 月 日 第 号	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査確認済みの証 ・ 修了証書の写し 		
6	変更した従業員の住所氏名・生年月日		免許年月日 番 号	疾病の有無	採用又は退職	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査確認済みの証 ・ 採用した理容師の免許証の写し ・ 結核・皮膚疾患・伝染性疾病に関する医師の診断書(発行後1ヶ月以内のもの)
			年 月 日 県第 号 大臣第 号		採用 退職	
			年 月 日 県第 号 大臣第 号		採用 退職	
			年 月 日 県第 号 大臣第 号		採用 退職	
7	その他の変更				<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査確認済みの証 ・ その他必要な書類 	
8	廃止届	<ul style="list-style-type: none"> ・ 廃止の理由 ・ 廃止年月日 平成 年 月 日 			<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査確認済みの証 ・ 被相続人の除籍謄本等 	

(別紙) 構造設備の概要

構造設備	作業場の設備等	構造	造 階建		
		面積	作業場 m ²	待合所 m ²	計 m ²
		住居等の区画	ガラス戸 板戸		
		使用材料	床 腰板 天井		
		理容いすの種類・数量			
		洗髪器	使用材料	使用水	排水処理
		手指等の洗淨設備	使用材料	使用水	排水処理
	消毒設備等	消毒方法			
		保管設備	未消毒 製 個、	消毒済 製 個	
		計量器数			
		薬液容器	平型 個、	円筒型 個	
	採光・照明	窓 (有 無)、 けい光灯 個、 白色灯 個			
	換 気	自然換気 動力換気			
	便 所	水洗 くみ取り		兼用 共同 専用	
	そ の 他	毛髪箱 個		汚物箱 個	