

施設番号		交付予定	/	受付入力	
------	--	------	---	------	--

**開設届出書**

年 月 日

大阪市保健所長

開設者住所 (法人の場合は事務所の所在地)  
〒 -

-----  
開設者氏名 (法人の場合は名称、代表者氏名)  
-----  
TEL \_\_\_\_\_

次のとおり、理・美容所を開設したいので届け出ます。

名 称	公開している又は公開する予定の電話番号 (注1) TEL _____				
所在地	〒 - 階				
営業の種別	理容所	美容所	届出の区分	新設	引継ぎ 事業譲渡 増改築
管理・美容師 (注5、6)	設置の有無	有・無	氏名		
	修了証書		住所		
開設予定年月日	年 月 日			第 号	
重複開設 (注2) 有・無	名称				収納 ( <input type="checkbox"/> 手数料減免 )
	新規開設予定日	年 月 日			_____ 円 印
はがき等送付先	施設 開設者 その他 ( )				送付無
事業譲渡による申請の場合変更がない事項 (省略可)	持参書類	<input type="checkbox"/> 従業する理・美容師全員の免許証※ <input type="checkbox"/> 管理理・美容師の修了証書※ ※変更ない方の免許証、修了証書は不要			
	添付書類 (下記番号)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			

<p>◎添付書類 (事業譲渡による申請の場合、1～3のうち変更がないものは省略できることがあります。)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>構造設備等施設の概要 (様式2)</li> <li>従業者名簿 (様式3)</li> <li>理・美容師についての医師の診断書 (注3)</li> <li>登記事項証明書 (開設者が法人の場合) (注4)</li> <li>住民票の写し (開設者が外国人の場合) (注4)</li> <li>営業譲受証明書 (事業譲渡の場合)</li> </ol> <p>◎持参書類 (原本確認後、返却します) (譲り受けの前後で変更ない場合は、省略可)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>従業する理・美容師全員の免許証</li> <li>管理理・美容師の修了証書 (注5)</li> </ol>	保健所受付印           連絡先電話番号
---	---

注1 公開している又は公開する予定の電話番号は、インターネット、電話帳、看板等により広く知らせている電話番号をご記入ください。  
 注2 理・美容所に必要な衛生上の要件をいずれも満たし、かつ、施術者全員が理・美容師の免許を持つ施設のみが重複開設できます。  
 注3 診断書は発行後1ヶ月以内のもので、結核、伝染性皮肤病疾患について明記したものがが必要です。  
 注4 発行後、3ヶ月以内のものがが必要です。  
 注5 理・美容師である従業者が2名以上の場合、管理理・美容師の設置が必要です。  
 注6 事業譲渡による申請の場合、変更がなければ、記載を省略できることがあります。  
 行政書士法等行政手続きに関する法律を遵守すること。

(以下 保健所記入欄)									
上記開設届出書を受理し、別添「検査確認済の証」を作成します。									
指令番号及び受理年月日			大保環第		号		年 月 日		
起案	決裁		完結		取扱責任者		文書主任		
決裁	所長	主幹	副主幹	係長	担当者	受付者			
							所長印 専用		
							通 簡所		