

施設番号

従業者名簿

理・美容師 (名)

氏名	免許年月日	厚生労働省令 に規定する 疾病の有無	※ 確認印
	免許番号		
	年月日 () 都道府県・厚生労働大臣 第 号	有 ・ 無	
	年月日 () 都道府県・厚生労働大臣 第 号	有 ・ 無	
	年月日 () 都道府県・厚生労働大臣 第 号	有 ・ 無	
	年月日 () 都道府県・厚生労働大臣 第 号	有 ・ 無	
	年月日 () 都道府県・厚生労働大臣 第 号	有 ・ 無	
	年月日 () 都道府県・厚生労働大臣 第 号	有 ・ 無	

その他の従業者 (名)

氏名	氏名	氏名

- (注) ・従業者全員 (開設者が従業する場合は開設者も含む) をご記入ください。
 ・その他の従業者については、理容又は美容行為はできません。
 ・※の欄は記入しないでください