

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