

様式第1号

出張理・美容業務届出書

年 月 日

(あて先)  
川越市保健所長

住 所

氏 名

印

電 話

F A X

下記のとおり出張理・美容を行いたいので、届け出ます。

記

1 出張理・美容を行う理・美容師	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	年	月 日
	登 録 番 号		
	登 録 年 月 日	年	月 日
	所属する理・美容所がある場合	名 称	
	所在地		
2 出張理・美容を行う場所	名 称		
	所 在 地		
3 出張理・美容を行う特別な事情	<input type="checkbox"/> 疾病その他の理由により、理・美容所に行けない者に対する行為 <input type="checkbox"/> 婚礼その他の儀式に参列する者に対して直前の行為 <input type="checkbox"/> その他やむをえない理由 ( )		
4 出張理・美容の開始予定年月日	年 月 日		

注：添付書類 理・美容所の確認を受けていない者

ア) 理・美容師免許証とその写し

イ) 診断書 (3か月以内に証明されたもの)

ウ) 携行品及び消毒設備等が確認できるもの

様式第2号

出張理・美容業務届出事項変更届出書

年 月 日

(あて先)  
川越市保健所長

住 所

氏 名

印

下記のとおり変更したので、届け出ます。

記

1 理・美容師	住 所	
	氏 名	
2 出張理・美容届出年月日		年 月 日
3 変更事項	変更前	
	変更後	
4 変 更 年 月 日		年 月 日

様式第3号

出張理・美容業務廃止届出書

年 月 日

(あて先)  
川越市保健所長

住 所

氏 名

印

下記のとおり出張理・美容を廃業したので、届け出ます。

記

1 理・美容師	住 所	
	氏 名	
2 出張理・美容届出年月日		年 月 日
3 廃業年月日		年 月 日
4 廃業の理由		