

無所属理美容師
記入例

出張理容・出張美容 業務届

令和2年 4月 20日

(あて先) 山形市保健所長

都道府県知事が交付したものである場合には、都道府県名を記入してください

山形市でのお届けがはじめてになりますので新規となります

住所 山形市城南町▲丁目▲-▲
氏名 山形 紅子

次のとおり、営業を行いますので、届け出ます。(新規)・更新(回目)

該当するほうに☑してください

| | | |
|-------------------------------|--|------------------------------|
| 理容師・美容師の別 | <input checked="" type="checkbox"/> 理容師 | <input type="checkbox"/> 美容師 |
| 免許証番号 | 山形県 12345 | 免許証交付(登録)年月日 平成10年7月1日 |
| 出張業務に従事する理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 疾病その他の理由により、理容所・美容所に来ることができない者 <input type="checkbox"/> 婚礼その他の儀式に参列する者 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉施設その他収容施設に入所している者 | |
| 主な業務場所 | 山形市内の高齢者宅、山形市内の●●●●ホームなど | |
| 業務期間 | 令和2年 5月 1日 ~ 令和5年 4月 30日 (3年を超えない期間) | |
| 所属理美容所 (所属理美容師のみ) | 名称 | 確認証番号: |
| | 所在地 | |
| 所属理美容所の開設者から器具等の使用承諾証明をもらうこと。 | 届出者は、当理美容所で理容師・美容師として従事しており、出張の業務に当たっては、当所の器具及び消毒設備を使用することを承諾します。 年 月 日 開設者 | |

※以下は、山形市外の店舗の所属理美容師、無所属理美容師が記入してください。

| | | | | | | | | | |
|-------------|--|--------------------|-----|-----|------|----|-------|----------|--|
| 器具等の消毒方法の概要 | 消毒器具及び作業に要する器具・布片の保管場所の所在地 | 山形市城南町▲丁目▲-▲ | | | | | | | |
| | 消毒済器具格納設備 | 材質: 紫外線消毒器 数: 1 | | | | | | | |
| | 消毒済器具携帯用容器 | 材質: フラスチック 数: 1 | | | | | | | |
| | 未消毒器具格納設備 | 材質: アルミ 数: 1 | | | | | | | |
| | 未消毒器具携帯用容器 | 材質: フラスチック 数: 1 | | | | | | | |
| 消毒設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 紫外線消毒器 <input type="checkbox"/> 煮沸消毒器 <input type="checkbox"/> 蒸気消毒器 <input checked="" type="checkbox"/> 薬物消毒器及び消毒薬品 (消毒用エタノール) | | | | | | | | |
| 携行品 | 作業衣 | 2枚 | くし | 3本 | かみそり | 0本 | 消毒薬 | 消毒用エタノール | <input checked="" type="checkbox"/> 廃棄物収納容器 <input checked="" type="checkbox"/> シート <input checked="" type="checkbox"/> 応急用薬品 (その他) |
| | マスク | 2枚 | ブラシ | 3本 | バリカン | 1個 | | | |
| | はさみ | 3本 | タオル | 10枚 | 刈布 | 2枚 | 消毒用器材 | 卓上噴霧器 | |

届出時に、携行品と消毒器材の確認をします

(添付書類) 所属していない理美容師の方については、次の書類が必要です。

- 初回届出の場合は次の書類 ①理容師・美容師免許証(原本) *確認後返却します。②結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾患の有無に関する医師の診断書(発行後3か月以内のもの)
- 2回目以降(更新時)は、届出済証