

様式第8(第9条関係)

出張理容届出及び出張理容消毒設備等検査申請書

年 月 日

鹿児島市保健所長 殿

届出者 住 所
 (法人にあつては)
 その所在地
 氏 名
 (法人にあつては)
 その名称及び
 代表者の氏名
 電 話 番 号

出張理容を行いたいので、鹿児島市理容師法施行条例第5条第1項の規定により関係書類を添付して届出をするとともに、同条例第6条第1項の規定により出張理容消毒設備等についての検査の申請をします。

出張理容を行う理容師	氏 名	免許取得年月日	免許証番号
			都道府県 厚生労働大臣 第 号
出張理容を行う場所	施設等の名称	施設等の管理者	施設等の所在地
出張理容を行う理由	1 疾病その他の理由により、理容所に来ることができない者に対して理容を行うため 2 社会福祉施設の管理者の求めに応じて当該社会福祉施設の入所者に対して理容を行うため 3 理容所がないへき地・離島に居住している者に対してその居住地において理容を行うため		
理容所に所属する場合	理容所の名称	理容所の所在地	
理容所に所属しない場合	出張理容消毒設備等の所在地		

