

理容師・美容師 出張業務開始届

年 月 日

岡山市保健所長 様

届出者

| | |
|--------------|---|
| 住 所 | 〒 |
| (ふりがな) 氏名 | |
| 電話番号 | |

出張業務を行うので、岡山市理容師及び美容師の出張業務に係る指導指針第2条の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

| 出張する | (ふりがな) 氏名 | 登録番号及び 登録年月日 | 第 号 | | |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----|-----|---|
| | | | 年 | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> 理容師 <input type="checkbox"/> 美容師 | 従事している理(美)容所の所在地・名称 | (名称) (所在地) 〒 | TEL | () | |
| 所属団体等 | (名称) | | TEL | () | |
| 出張の区分 | <input type="checkbox"/> 疾病その他の理由により、理(美)容所に来ることのできない者 <input type="checkbox"/> 司法機関の求めによる、留置人等 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設等に入所している者 | | | | |
| 出張先の名称 | | | | | |
| 出張先の所在地 | 〒 | 岡山市 | TEL | () | |
| 業務開始年月日 | 年 | 月 | 日 | | |
| 消毒方法 | (かみそり・血液付着) <input type="checkbox"/> エタノール <input type="checkbox"/> 煮沸 <input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム | | | | |
| | (その他器具) <input type="checkbox"/> エタノール <input type="checkbox"/> 煮沸 <input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム <input type="checkbox"/> 紫外線照射 <input type="checkbox"/> 蒸気 <input type="checkbox"/> 逆性石鹼 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 携行品 | <input type="checkbox"/> 洗浄・消毒済みのはさみ等の理(美)容器具収納容器 <input type="checkbox"/> 使用済み器具収納容器 <input type="checkbox"/> 応急処置用薬品 <input type="checkbox"/> 手洗い用石鹼・消毒液 <input type="checkbox"/> 消毒された布片類・タオル及びこれらを収納できるもの <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |

添付書類 (理(美)容所に従事していない理(美)容師の場合のみ)

- 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
- 理(美)容師免許証 (理(美)容師免許証明書) の写し

- ※1 開設者等の法人、団体等が届け出る場合は、届出者の住所・氏名は主たる事務所の所在地、名称及び代表者氏名を記入し、出張する理(美)容師が複数の場合には、従事理(美)容師に関する事項を別紙に記載し、添付すること。
- ※2 出張業務に関し、理(美)容所以外に所属する団体がある場合には、所属団体等の名称及び連絡先を記入すること。
- ※3 出張先が複数の場合には、出張先に関する事項を別紙に記載し、添付すること。
- ※4 疾病その他の理由により、理(美)容所に来ることのできない者を対象とする場合には、出張先の所在地及び名称は、対象者が特定している場合はその者の住所、氏名を、それ以外の場合は主に出張する地域等を記載すること。