

様式第9号（第4条関係）

出張理容届出事項変更（廃業）届

年 月 日

（宛先）さいたま市保健所長

届出者 住 所
氏 名
〔法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名 〕
電話番号

出張理容届を変更（廃業）したので、さいたま市理容師法施行条例第6条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

出張 理容 を 行 う 理 容 師	氏 名			
	住 所			
	生 年 月 日		年 月 日	
	理容師免許証又は免許証明書		大臣・ 都道府県 第 号 年 月 日	
	所属する 理容所が ある場合	名 称		
		住 所		
確認済証		番 号	第 号	
	年 月 日	年 月 日		
変 更 事 項				
変更の内容	変 更 前			
	変 更 後			
変 更 （ 廃 業 ） 年 月 日			年 月 日	
変 更 （ 廃 業 ） 理 由				

備考 次の書類を添付してください。

- 出張を行う理容師の疾病の有無の内容に変更のあったときは、その者の結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾病の有無に関する医師の診断書
- 出張を行う理容師を新たに雇い入れたときは、結核、皮膚疾患その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾病の有無に関する医師の診断書及びその者の理容師免許証又は免許証明書
- 前2項に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類