

理 容 所 開 設 届					
年 月 日					
愛媛県知事 様					
開設者 住所（法人にあつては、主 干 一 たる事務所の所在地）					
ふりがな 氏名（法人にあつては、名 称及び代表者の氏名）					
年 月 日生					
電話番号					
理容所	ふりがな 名 称				
	所在地	干 一 電 話 番 号 電子メールアドレス			
管 理 理容師	ふりがな 氏 名				
	住 所	干 一			
理容所の構造及び設備の概要		別紙のとおり			
理容師	ふりがな 氏 名				
	登録番号及び 登録年月日				
	理容師法施行規則（平成 10年厚生省令第 4 号）第 19条第 1 項第 6 号に規定 する疾病の有無	有・無	有・無	有・無	有・無
理容師 以外の 従業者	ふりがな 氏 名				
開設予定年月日		年 月 日			
同一の場所で現に開設し、 又は開設しようとする美容 所	ふりがな 名 称				
	開設（予定）年月日	年 月 日			

注1 不要の文字は、抹消すること。

2 次に掲げる書類を添付すること。

- (1) 理容所検査申請書（様式第4号）
- (2) 開設する所在地を示す周囲100メートルの見取図
- (3) 理容所の構造及び設備を記載した平面図
- (4) 法人にあつては、登記事項証明書
- (5) 理容師に係る理容師法施行規則第19条第1項第6号に規定する疾病の有無に関する医師の診断書
- (6) 管理理容師を置く場合は、理容師法（昭和22年法律第234号）第11条の4第2項の規定に該当することを証する書類
- (7) 外国人にあつては、住民票の写し（住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）第30条の45に規定する国籍等を記載したものに限る。）