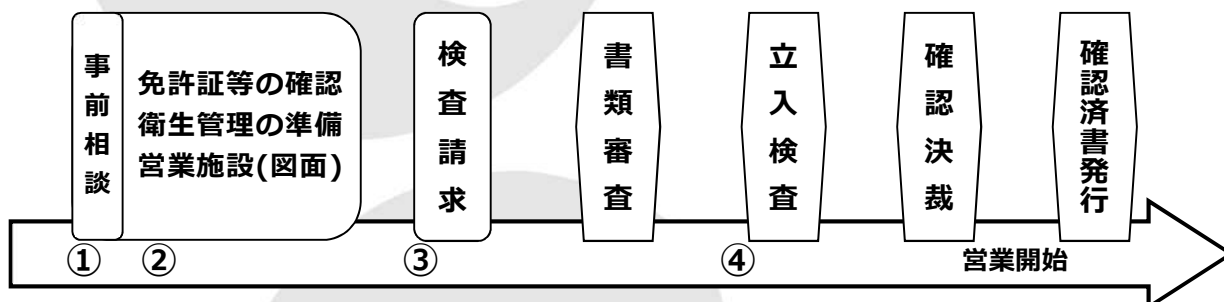


理容所・美容所を開設されるみなさまへ

理容所・美容所（以下、「理・美容所」という。）を開設するには開設届を提出し、構造設備について検査を受け、基準に適合する必要があります。この手引きを参考に、より衛生的な理・美容所を設置しましょう。

理・美容所開設の流れ



※ 確認決裁までは、検査に合格しても、理・美容所としては使えません。

1 免許証の確認

(1) 理・美容師免許証について

理・美容行為を行うためには、確認を受けた理・美容所で、理容師・美容師（以下、「理・美容師」という。）が施術する必要があります。

補助業務従事者（通信教育中の者を含む。）の業務範囲は、清掃、タオル絞り、道具整理等は認められますが、理・美容の本質的作業に独立して従事することは認められません。

理・美容師免許証／管理終了証に関する手続きについて
公益財団法人理容師美容師試験研修センター
 業務部（業務部免許登録チーム）
 〒151-0073
 東京都渋谷区笹塚2-1-6JMFビル笹塚01(8階)
 ● 電話：03-5579-6878
 ● ホームページ：https://www.rbc.or.jp/

【免許証の記載に変更等はありませんか？】

- 試験合格後、初めて免許を取得するとき：免許申請が必要です。理・美容師試験に合格しただけでは免許証は交付されません。
- 本籍地都道府県名・氏名等に変更があったとき：書換え交付が必要です。
- 免許証を破り、汚し、失ったとき：再交付の申請が必要です。

(2) 管理理・美容師について

理・美容師が2人以上である理・美容所には、衛生的な管理のために管理理・美容師を置くこととされています。

【終了証の記載に変更等はありませんか？】

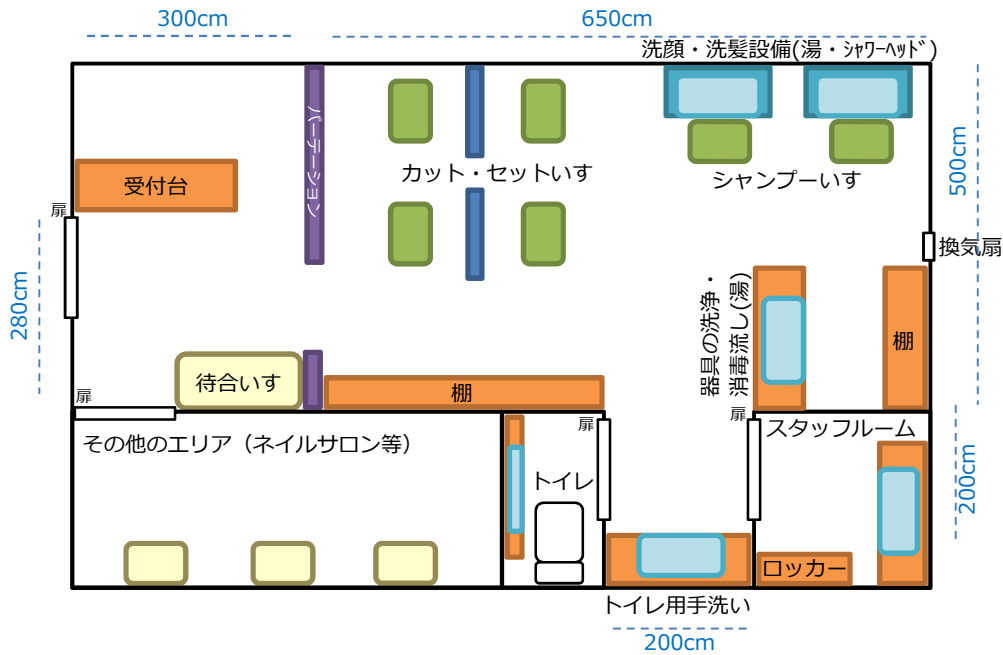
- 氏名に変更があったとき：書換え交付が必要です。
- 修了証書を破り、汚し、失ったとき：再交付の申請が必要です。

—【参考】他法令の規制に係る確認

他法令の規制については別途申請者自身で確認してください。参考に代表的な相談や確認が必要な内容について例示します。

相談・確認の内容	担当課所
● 土地利用上の制限・建築確認	市町村建築指導課、農業委員会、県建築安全センター
● 浄化槽の設置・管理	市町村下水道主管課、県環境管理事務所

2 衛生管理の準備・営業施設（準備する施設及び設備）



※ 寸法は、**内法寸法**で記載してください。

(1) 構造・設備について

- 隔壁等により外部と完全に区画し、ねずみ及び昆虫の侵入を防止できる網戸等を設置すること。
- 天井の高さは、**床面から 2.1メートル以上**とすること。
- 理・美容の作業を行う**作業場**と客の**待合所**を設け、**固定（ねじ止め等）した 0.9メートル以上の高さ**を有する物で明確に区分すること（作業場内での着替え、喫煙及び食事はできません）。
- 待合所は、入り口に接する場所（作業所を通過しない、作業に支障のない場所）に設けること。
- 作業所面積は **9.9 平方メートル以上**で、理・美容に使用する「いす」は、別表の台数以内とすること。
- 作業場の床・腰張りは、コンクリート、ビニールクロス等の**不浸透性材料**とし、清掃が容易なこと。
- 作業場に、**器具の洗浄・消毒設備**（給湯設備のある**流水式の流し**及び消毒等に必要な器材）を設けること。
- 作業所に、**洗顔・洗髪のための流水式の設備**（給湯設備及びシャワーヘッド・ホースのある**流水式の流し**）を設けること。
- 照度は **300Lux 以上**（施行規則：100Lux）とすること。
- 温度は 17～28℃（冷房時は外気温との差が 7℃以内）、相対湿度は、40～70%とすること。
- 換気扇**（機械的換気設備）を設置すること。
- 石油燃料による暖房器具・給湯設備は、密閉型又は半密閉型のこと。
- 従業者の数に応じた**更衣・休憩室**を設けること。
- トイレを設置するときは、壁・扉で区画し、**専用の流水式の手洗設備**を設けること。

(2) 衛生、消毒等に必要な器材について

- 蓋付きごみ箱（「**汚物箱**」「**毛髪箱**」と表示する）を設けること。
- メスシリンダー**等液量計（100ml 用及び 1,000ml 用）を設けること。
- 消毒容器等（**消毒用バット**（ふた付きのもの）、洗面器、その他消毒に必要な容器）
- 未消毒の器具等を入れる容器**等を備えること。
- 消毒済の器具やタオル等を入れる保管庫**等（「**消毒済み**」と表示する）を備えること。
- アルコールスプレー（卓上噴霧器）を設けること。
- 救急箱**（外傷に対する救急処置に必要な医薬品及び衛生材料（消毒薬、絆創膏））を設けること。
- 清掃用具は、専用の場所に保管すること。

【別表】作業所面積に応じたいすの台数

作業所面積	理容所	美容所	作業所面積	理容所	美容所
9.9 m ²	2 台	4 台	23.1 m ² ～	6	8
13.2 m ² ～	3	5	26.4 m ² ～	7	10
16.5 m ² ～	4	6	29.7 m ² ～	8	12
19.8 m ² ～	5	7	33.0 m ² ～	9	14

※ 理容所は、3.3 m²増すごとに 1 台、美容所は、23.1 m²以下である場合は 3.3 m²増すごとに 1 台とし、23.1 m²を超える場合は 3.3 m²増すごとに 2 台置くことができます。

3 検査請求に必要な書類

※ 添付書類は A4 サイズ又は A3 サイズでお願いします。

用意する書類等	区分	備考
<input type="checkbox"/> 理・美容所開設届出及び構造設備検査請求書	様式	控えが必要な場合は 2 部提出 (保健所窓口では、自己都合によるコピーはできません。)
<input type="checkbox"/> 別記 1：従事者名簿	様式	作業所内の全従業者（理・美容師で無い方も含みます）について記載が必要
<input type="checkbox"/> 別記 2：構造及び設備の概要	様式	寸法・面積は実寸値（内のり寸法・有効寸法）で記載、計算（建築図面に用いられる芯-芯距離の記載は無効）
<input type="checkbox"/> 施設の平面図・設備の配置図	添付	【参考】「2 衛生管理の準備・営業施設（準備する施設及び設備）」の図
<input type="checkbox"/> 案内図(地図)	添付	店舗を中心にして、道路、目印となる建物、目標物（スーパー、ガソリンスタンド等）があるもの
<input type="checkbox"/> 理・美容師免許証	提示	原本確認及び写し（コピー）の添付 理・美容師免許証明書でも可
<input type="checkbox"/> 管理理・美容師講習会修了証書	添付	理・美容師が 2 名以上従事する場合 原本確認及び写し（コピー）の添付
<input type="checkbox"/> 理・美容師法施行規則 第 19 条第 2 項の診断書	添付	従事する理・美容師全員の結核、皮膚疾患の有無 について記載してある健康診断書 診断日から概ね 3 か月以内のもの
<input type="checkbox"/> 住民票の写し	添付	開設者が外国人の場合
<input type="checkbox"/> 営業譲渡申告書等	添付	申請理由の別が営業譲渡の場合
<input type="checkbox"/> 申請手数料(現金)	手数料	17,000 円（現金）
<input type="checkbox"/> 法人の登記事項証明書	添付	開設者が法人の場合 概ね発行から 3 か月以内のもの

4 立入検査・確認決裁・確認済書の発行

立入検査合格後、保健所長の確認決裁を経て、理・美容所として使用を開始できるようになります。確認決裁までの間は検査に合格しても、理・美容所としては使えません。

発行される確認済書（参考：右図）は、利用者の安全・安心のため、また、紛失防止のため、理・美容所内の利用者の見やすい場所に掲示しましょう。なお、**再発行できない書類**ですので、紛失・滅失には十分お気を付けてください。


確認済書の記載事項に変更があったとき、構造設備を変更したとき、従事者が変更したときは、窓口での手続きが必要となりますので、あらかじめ保健所に御相談をお勧めします。

5 定期的な立入検査等について

埼玉県生活衛生関係営業施設監視指導要領に基づき、理・美容所へは定期的に立入検査を実施しています。

理・美容所を運用するにあたり大切な検査となりますので、円滑な検査遂行に御協力くださるようお願いいたします。なお、衛生管理の方法等について質疑応答も可能ですので御活用ください。

▽ 確認済書（みほん） ▽

美容所確認済書	
	狭 保 第 1-0000 号 令 和 0 年 0 月 0 日
住所又は主たる事務所の所在地	埼玉県狭山市稲荷山2-16-1
氏名又は名称及び代表者氏名	狭山 保 様
	埼玉県狭山保健所長 ○○ ○○ 
令和0年0月0日	付けで開設の届出のあった下記の美容所は、その構造設備が美容師法第13条の規定に適合することを確認する。
美 容 所	記
名 称（屋号）	サロンたもつ
所 在 地	埼玉県狭山市稲荷山2-16-1



御相談御質問はお気軽にどうぞ！！



埼玉県狭山保健所
生活衛生・薬事担当

電 話 **04-2941-6535** (代表)

F A X 04-2954-6615 (直通)

E-mail **f5462122**

[@pref.saitama.lg.jp](mailto:f5462122@pref.saitama.lg.jp)

開庁時間 8時30分～17時15分

(年末年始・土日祝日を除く)

所 長	副 所 長	担 当 部 長	担 当 課 長	担 当	<input type="checkbox"/> OL台帳
○	○				<input type="checkbox"/> Ac台帳
整理番号			発	分任出納員	<input type="checkbox"/> CF処理
狭保 第 2-				号	<input type="checkbox"/> 電子化
					<input type="checkbox"/> OL照合
					<input type="checkbox"/> Ac照合
					<input type="checkbox"/> 裏書済

理・美容所開設届出及び構造設備検査請求書

(宛先)

埼玉県狭山保健所長

令和 年 月 日

〒

住所又は主たる
事務所の所在地

氏名又は名称
及び代表者氏名

電 話

下記のとおり開設したいので届け出、及び構造設備についての検査を請求します。
記

1 名称(屋号)			
2 所在地	埼玉県	市	(電話)
3 開設予定年月日	令和	年	月 日
4 管理理・美容師を置く場合は、その者の氏名及び住所	別記1のとおり		
5 理・美容師の氏名及び登録番号並びにその他の従業者の氏名	別記1のとおり		
6 理・美容師につき、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	別添理・美容師法施行規則第19条第2項の診断書のとおり		
7 構造及び設備の概要	別記2のとおり		
8 同一の場所で現に理容所(理容師法(昭和22年法律第234号)第1条の2第3項に規定する理容所をいう。)・美容所(美容師法(昭和32年法律第163号)第2条第3項に規定する美容所をいう。)が開設されている場合は、当該理・美容所の名称			
9 同一の場所で理・美容師法第11条第1項の届出がされている場合(8の場合を除き、当該届出を当該理・美容所の開設の届出と同時にを行う場合を含む。)は、当該理・美容所の開設予定年月日			

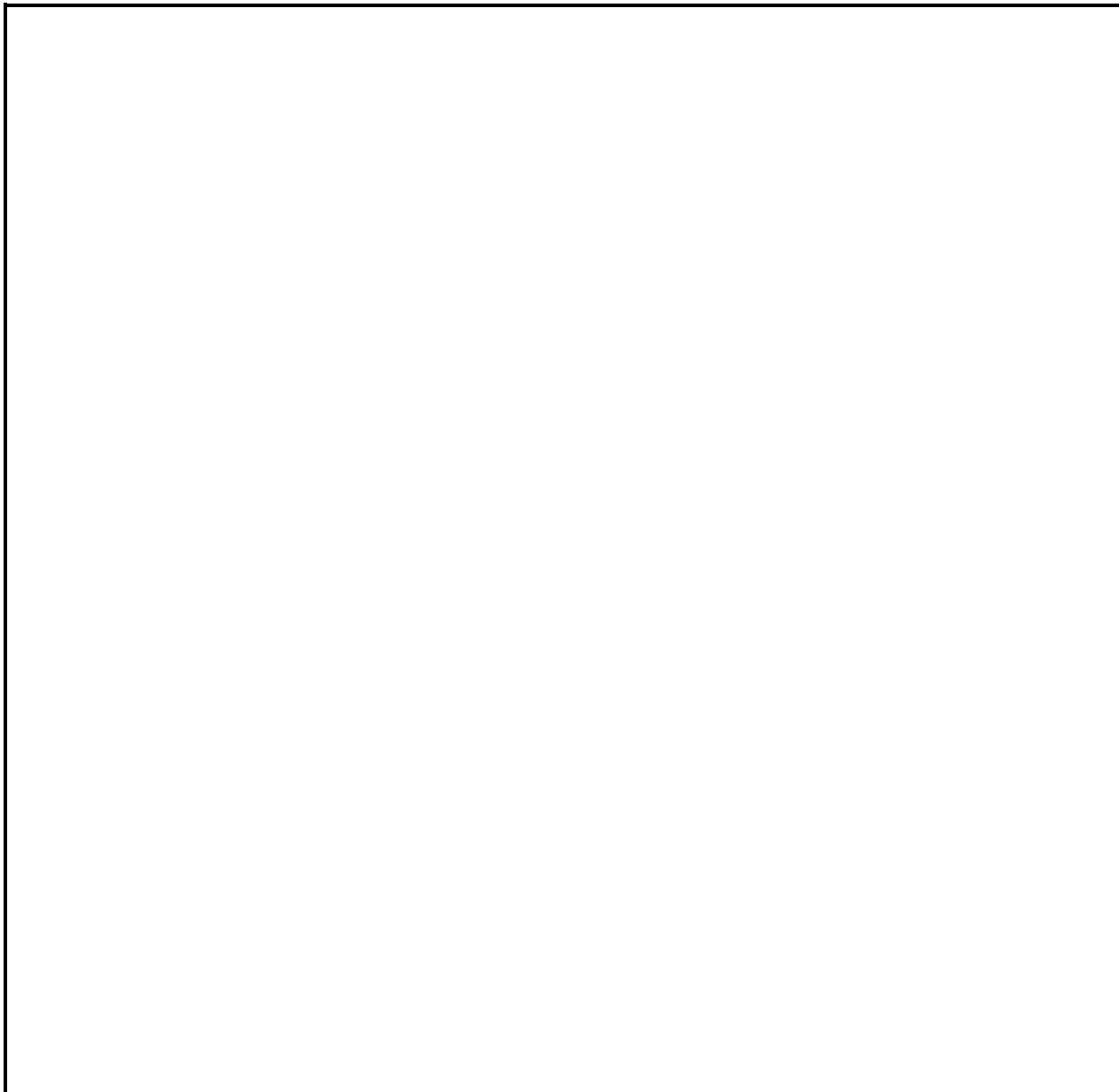
添付書類 1 施設の平面図 2 設備の配置図 3 案内図 4 管理理・美容師を置く場合は、**管理理・美容師講習会修了証書**の写し(原本持参) 5 理・美容師法施行規則第19条第2項の**診断書** 6 開設者が外国人の場合は、理・美容師法施行規則第19条第4項の住民票の写し 注1 届出に当たっては、理・美容師である従業者の理・美容師免許証又は理・美容師免許証明書を提示してください。 2 法人の場合は、登記事項証明書を提示してください。

担当者	担当者氏名	携帯電話番号 / 電子メールアドレス	取 受 印	領 取 印
		- - @		
交 付 録 記	交付年月日	受取者署名又は印		
	令和 年 月 日			¥17,000

別記2 理・美容所構造設備概要

構造				設備（規格・数量）		
		作業所	待合所	理・美容 椅子	セット椅子	台
面積		m ²	m ²		シャンプー椅子	台
内 外 部	外 壁					
	腰張りの高さ	m	m		計	台
	床面から天井の高さ	m	m	煮沸消毒器	個	
仕 上 げ	床			蒸気消毒器	個	
	腰張り			紫外線消毒器	個	
	内 壁			薬物消毒容器	個	
	天 井			消毒済器具格納戸棚	個	
照 明	蛍光灯	w 灯	w 灯	消毒済布片格納戸棚	個	
	白熱灯	w 灯	w 灯	未消毒器具格納容器	個	
	L E D	w 灯	w 灯	液 量 計	ml 本 / ml 本	
換 気	自然・機械（ ）	自然・機械（ ）	毛 髪 箱		個	
作業所と待合所の区画		種類	高さ m	汚 物 箱		個
屋 号： 施設所在地：				洗面・洗髪設備	台	
				器具等の洗浄設備	台	
				救急薬品及び衛生材料		
				給 水 設 備	上水道・井戸水・その他（ ）	
				給 湯 設 備	有 ・ 無	
				汚 水 設 備	下水道・浄化槽・その他（ ）	

1 施設の平面図 及び 設備の配置図



※ 工事図面等がある場合は、別紙として添付してください。

2 案内図



※ 地図のコピー等がある場合は、別紙として添付してください。

理・美容師法施行規則 第 19 条 第 2 項 の診断書

ふり
氏 名

生年月日

_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住 所

上の者には、理・美容師法施行規則 第 19 条 第 2 項 に規定される
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はありません。

以上のとおり診断します。

診断年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関の
名 称

所 在 地

医 師 氏 名

※ この様式は、埼玉県狭山保健所 生活衛生・薬事担当が例示として示しているものです。

※ 令和 5 年 4 月 1 日現在、厚生労働大臣の指定する伝染性疾患はありません。