様式第５号（第４条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 出　　張　　理　　容　　届出張美容届  年　　月　　日  　（宛先）  　埼玉県　　　保健所長  住　所  氏　名  電　話  ＦＡＸ  　下記のとおり出張理容を行いたいので、届け出ます。  記 | | | |
| １　出張理容を行う理容師 | 住所 |  | |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 登録番号 |  | |
| 登録年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 所属する理容所がある場合 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| ２　出張理容を行う場所 | 名称 |  | |
| 所在地 |  | |
| ３　出張理容を行う特別の事情 | |  | |
| ４　出張理容の開始予定年月日 | | 年　　　月　　　日 | |

添付書類

　出張理容を行う理容師が埼玉県内（保健所を設置する市を除く。）に存する理容所に所属していない場合にあつては、以下の書類を添付すること。

　１　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

の診断書の写し（原本持参）

　２　器具等の消毒方法等の概要（別記）

注　届出に当たつては、理容師免許証又は理容師免許証明書を提示してください。

別記　　　　　　　　　　　器具等の消毒方法等の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 皮膚に接する器具及び  布片の消毒を行う場所 | 名　称：  所在地： |
| 消毒済の器具及び  布片の保管場所及び  保管設備 | １　保管場所  　　名　称：  　　所在地：  ２　保管設備 |
| 皮膚に接する器具の  消毒の方法 | １　かみそり（専ら頭髪を切断する用途に使用されるもの  　を除く。）及びかみそり以外の器具で血液が付着してい  　るもの又はその疑いのあるものに係る器具の消毒  ２　１以外のクリッパー、はさみ、くし、刷毛、ふけ取り  　その他の皮膚に直接接触して用いられる器具の消毒 |
| 皮膚に接する布片の  消毒の方法 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 使用器具及び  布片の種類・数 | 種　　　　類 | 数 | 種　　　　類 | | 数 |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| 使用器具等の運搬容器 |  | | | | |
| 外傷手当用の救急医薬品及び衛生材料の品目 |  | | | | |
| 毛髪及び汚物等の  処理方法 |  | | | | |
| 使用器具等の洗浄、消毒及び保管を行う場所の平面図 | | | | 備　考 | |