（別紙）

出張理容・出張美容営業者　調査表

|  |  |
| --- | --- |
| 営業者の名称 | （法人にあっては，その名称，所在地及び代表者の名前）（電話番号　　　-　　　-　　　　　） |
| 事務所の所在地 | （電話番号　　　-　　　-　　　　　） |
| 出張営業の理由 |  |
| 主たる営業の区域 | （市町村名） |
| 主たる営業の場所（施設名等） |  |
| 出張営業の期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 携行品の種類及び数量 | はさみ | 本 | かみそり | 本 | マスク | 枚 | 消毒済器具等収納容器 | 応急用薬品 |
|  |  |
| くし | 本 | バリカン | 個 | 刈布 | 枚 | 使用済器具等収納容器 | 石けん・消毒液 |
|  |  |
| ブラシ | 本 | タオル | 枚 | 作業衣 | 枚 | 消毒済布巾類収納容器 | その他 |
|  |  |
| 器具等の消毒・保管管理方法の概要 | 消毒器具及び作業に要する器具・布片の保管場所の所在地 |  |
| 消毒設備 | □紫外線消毒器　□煮沸消毒器　□蒸気消毒器□薬物消毒器及び消毒薬品(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 既消毒器具格納設備 | 材質：数： |
|
|
| 未消毒器具格納設備 | 材質：数： |
|
|
| 従事者の氏名，免許証番号及び免許年月日 | 氏　　名 | 免許登録番号 | 免許登録年月日 |
|  | （県）第　　　　号 | 　　年　　月　　日 |
|  | （県）第　　　　号 | 　　年　　月　　日 |
|  | （県）第　　　　号 | 　　年　　月　　日 |
|  | （県）第　　　　号 | 　　年　　月　　日 |
|  | （県）第　　　　号 | 　　年　　月　　日 |
| 衛生管理責任者の氏名 |  | 管理理容師（美容師）の資格認定講習会修了証書交付番号及び交付年月日　　　　　第　　　号　　　　　　　年　　月　　日 |

【備考】

　1　事務所の所在地欄は，事務所を設けない場合，営業者の住所を記入すること。

　2　出張営業の理由欄には，出張理容・出張美容を営業する理由をできるだけ詳しく記入すること。

　3　主たる営業の区域欄は，営業する市町村名を記入すること。

　4　営業に従事する者の理容師・美容師免許証の原本の確認に努めること。

　5　衛生管理責任者として管理理容師・管理美容師を置く場合，資格認定講習会修了証書の原本の確認に努めること。

（Ａ４）