別紙１

理容所従業者名簿

理容所名称		検査確認番号	

管理理容師である理容師

氏　　名	免許証・免許証明書		住　　所 疾病名(結核、皮膚疾患である場合のみ)	採　用 年月日	退　職 年月日
	登録番号	交付者			

管理理容師以外の理容師

氏　　名	免許証・免許証明書		疾病名(結核、皮膚疾患である場合のみ)	採　用 年月日	退　職 年月日
	登録番号	交付者			

注１　交付者欄は、免許証等を交付した都道府県名又は厚生労働大臣と記載すること。
　２　理容所の従業者に係る変更の届出のときは、採用又は退職年月日を記載すること。
　３　管理理容師が複数の場合は、主たる管理理容師に○印を付けること。