

様式第1号（第2条関係）

訪問理美容利用支援事業者登録申請書

令和 年 月 日

（宛先）西尾市長

〒 -

申請者 住 所

フリガナ
氏 名

電話番号（ ） -

西尾市在宅ねたきり高齢者及び身体障害者訪問理美容利用支援事業実施要綱第2条第2項の規定により、次のとおり申請します。なお、裏面の登録条件を遵守し、これに違反したときは、登録を取り消されても異議ありません。

事業所の名称			
事業所の代表者氏名	（□申請者に同じ）		
事業所の所在地	〒 - 電話番号（ ） -		
休業日			
サービス区分 ※該当する□にレ印を付けてください。	<input type="checkbox"/> 訪問理容	<input type="checkbox"/> 訪問美容	
検査確認済証番号	第		号

従事者名簿

役職名	氏 名	役職名	氏 名
衛生管理責任者			

添付書類

- 1 理容所又は美容所開設検査の確認済証の写し
- 2 従事者の理容師免許証又は美容師免許証の写し
- 3 西尾市債権者登録・口座振替申出書（既に登録済みの場合は不要）

