

美容師免許申請の方法

1～4をよく読み **美容師免許申請書(4ページ)** **9,000円分の収入印紙** **5,200円の受領証**

戸籍抄本又は住民票(本籍地が記載されたもの) **診断書(5ページ)** をそろえて、簡易書留で郵送してください。

1 **免許申請書を作成する** ※免許申請には**合格番号**が必要です。不明な場合は、03-5579-0911へ問い合わせてください。
 なお、平成12年3月31日以前の合格者に限り「合格証書」のコピーをあわせて郵送してください。

この記入例にしたがって申請書を作成してください。👉 4 ページの申請書

①と②は郵便局で手続きを行ってください。

① 郵便局に備え付けの「払込取扱票」により手数料5,200円を払込み、「振替払込請求書兼受領証」又は「ご利用明細票」の原本を申請書の「裏面」に貼る。

② 9,000円分の収入印紙を貼る。消印しないこと。(収入印紙には「日本政府」と書いてあります。)

③ 「ない」か「ある」のどちらかの数字を必ず○で囲む。

④ 本籍は、「戸籍抄本又は住民票」の**「本籍欄」**を見て記入
 ※次ページ②を参照すること
 (注)本籍地と現住所は異なる欄に記載されています。

⑤ ふりがなと氏名を記入
【重要】
 (1) 免許証に記載する氏名は、**筆書きの書体**を使用するため**戸籍の文字の形とは異なる表記**となる場合がありますのでご了承ください。
 (2) 外字表記について
 パソコン等で一般的に使用されているJIS規格等に含まれない文字を希望する場合は、「該当する文字」を○で囲んでください。記入がない場合は、一般の漢字で表記しますのでご了承ください。
 (3) 合格時と現在の氏名が違う場合
 太枠内が合格時の氏名、右の枠内に現在の氏名を記入してください。

⑥ 生年月日を記入
 ⑦ 性別の数字に○を記入

⑧ 昼間連絡可能な電話番号を記入
 ⑨ 住所は、免許証のお届け先ですので、必ず受取ることができる住所を記入してください。

(注1)住民票の住所や本籍の住所と違ってかまいません。
 (注2) 職場や帰省先の場合は、会社名や店名、〇〇様方を記入

① 「申請書のうら面」 受領証(ご利用明細票)を紛失しないように注意!

ゆうちょ銀行振替口座
《振替口座番号等》
 口座記号・口座番号
 00160-3 30976
 加入者名
 公益財団法人
 理容師美容師試験研修センター
 ※払込み手数料は申請者負担となります。

窓口支払の場合 ATM支払の場合

登録番号 ※
 登録年月日 ※
 (※センター記入欄)

② **収入印紙** 見本
 5,000円 4,000円

美容師免許申請書 必ず記入すること

美容師試験合格の年月 ① 昭和 00年 00月 合格番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 ② 平成

質問事項

③ 美容師免許を受けないで美容の業務を行ったことは
 ① ない ② ある (付った内容と期間 内容:
 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日
 ・このことよって、罰金刑を受けたことは ① ない ② ある(年 月 日に処分を受けた)

美容師免許の取消処分を受けたことは
 ① ない ② ある (処分された理由:
 ・処分された年月日: 年 月 日

本籍 (※国籍の方は国籍) ④ ○ ○ 都道府県
 (氏) (名) (合格通知後氏名に変更がある場合は、現在の氏名)
 (氏) (名)

ふりがな しんせい はなこ

氏名 ⑤ 申請 ⑤-② 花子

通称名 (備考を参照) ※外国籍の方

⑥ 生年月日 ① 昭和 00年 00月 00日 性別 ⑦ ① 男 ② 女
 ② 平成

連絡先電話番号 ⑧ 090 (0×0×) 0×0×

住所 (免許証のお届け先) ⑨ **ココに記入した住所が免許証のお届け先です**
 郵便番号 0000-0000 (アパート・マンション名、郵便番号、〇〇様方、店舗名まで記入すること)
 都道府県

※外国籍の方の氏名
 外国籍の方で免許証に通称名の併記を希望する場合は、**住民票に記載されている通称名**を記入してください。

2 市区町村で戸籍抄本又は住民票を交付してもらおう

住民票

見本

拡大

愛知県	
住所	一宮市有明町50
世帯主	申請 花子
氏名	申請 花子
生年月日	平成 3年 4月 4日
住民となった年月日	平成 22年 1月 4日
住所を定めた年月日	平成 22年 3月 1日
本籍	愛知県名古屋市中区

① 本籍

② 平成〇年△月×日

③ 公印

〇〇市 市長 太郎

住民票は「**本籍の記載されたもの**」を請求してください。

以下を確認してから申請書に同封してください。

- ① 本籍が『省略』になっていませんか。『省略』された住民票は使用できません。
- ② 交付日は申請日の6か月以内のものですか。
- ③ 交付者(市区町村長)の氏名と公印がありますか。

(注1) 婚姻等で合格証書の氏名から変更のある方は住民票ではなく戸籍抄本を提出してください。

(注2) 書類が複数枚の場合、切り離さずそのまま全てを提出してください。切り離すと無効になります。

(注3) コピーは無効です。

3 医療機関で「精神の機能の障害に関する医師の診断書」を作成してもらおう

精神の機能の障害に関する医師の診断書

A 氏名 申請 花子

「理容師又は美容師の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない精神の機能の障害」の有無について下記のとおり診断します。

B 精神の機能の障害は無い。
 有

病名:
症状:

C 診断年月日 平成 〇年 △月 ×日

D 医療機関名称 〇〇医院
所在地 〇〇
電話番号 〇〇〇-△△△-××××

E 担当医師氏名 〇〇 〇〇 (印)

診断書が封筒に入っている場合は、開封し以下を確認してから申請書に同封してください。

- A 氏名に間違いはありませんか。
- B チェック欄のどちらかに「✓」がありますか。(「有」の場合は、病名等が詳しく記入されていますか。)
- C 診断日は申請日の3か月以内のものですか。
- D 医療機関名の記載はありますか。
- E 医師の氏名と押印はありますか

(注1) 医療機関の診断書を使用する場合、必ず「**精神の機能の障害**」についての**診断**があることを確認してください。

(注2) 医療機関での受診科はどこでもかまいません。お近くの医療機関へお問い合わせください。

(注3) コピーは無効です。

(注4) 診断日等訂正がある場合は、**医師の訂正印**が必要です。(修正液の場合も必要)

4 郵便局の窓口から必要書類を簡易書留で郵送する。

- ① このページ右の「✂送付先✂」を切り取り、封筒に貼ってください。
封筒の大きさは、問いません。
申請書は、折りたたんでもかまいません。

✂ 送付先 ✂

〒135-8507
東京都江東区有明 3-7-26
公益財団法人 理容師美容師試験研修センター
美 新 新規登録 申請係

- ② 封筒に、申請者（差出人）の「氏名」、「郵便番号」、「住所」を必ず記入してください。

次の書類のうち、ひとつでも不足している場合は、受付できません。
郵送する前に必ず確認してください。

重要

チェック項目	【封筒に入れるもの】	【注意事項】
	免許申請書	「質問事項」の欄は上下2つとも記入してありますか。
	9,000円分の「収入印紙」	申請書のおもて面に貼りましたか。
	5,200円の「手数料払込受領証」	申請書のうら面に貼りましたか。
	戸籍抄本又は住民票	「本籍地欄」に記載がありますか。交付日が申請日の6ヶ月以内ですか。
	診断書	医師が診断しましたか。「精神の機能の障害について」の記載がありますか。

5 申請後の『免許証の受取り』について

- ① 免許証は、申請書が当センターに到着後、審査・登録を経て約2～4週間後、簡易書留にて申請書に記入された免許証のお届け先住所宛に郵送します。免許証を受取るまでは、簡易書留の問合せ番号を保管しておいてください。

(注1) 免許証の受取日の指定はできません。

(注2) 免許証の発送日のお問い合わせはお受けいたしません。

(注3) 申請書がセンターに到着しているか確認したい場合は、郵便局の窓口で受取った簡易書留の問合せ番号により、ご自身で郵便局にお問い合わせください。(郵便局のホームページの追跡サービスもご利用いただけます。)

(注4) 上記(注3)により申請書のセンターへの到着を確認後、免許証が1か月以上経過しても届かない場合は当センター宛にご連絡ください。(その際は簡易書留の問合せ番号もご用意ください。)

② 【郵便局で保管されている場合】

貴方が不在により、送付された免許証を受取ることができなかった場合は、

【郵便物等ご不在連絡票】を確認のうえ、郵便局での保管期限内に必ず受取ってください。

※不在の場合、【郵便物等ご不在連絡票】が届けられます。

(不在連絡票は地域によって形式は異なります。)

郵便物等お預かりのお知らせ 郵便局
受取人様 様
差出人様 様
郵便物等をお届けに寄りましたがご不在でした。
再配達受付連絡先
24時間自動受付電話
0800-0800- (無料)
0503-155- (有料)
自動音声による案内や留守電を録音して
① お届け先住所が不明な場合(住所変更から1週間)
② 送付書面のお問い合わせ番号(〒印)を記入
③ 希望の配達日時(月・日)を記入(お預かりの郵便物)
④ ご希望の配達時間(下表から該当の番号)を記入
配達日 月 日 時間 分 秒
配達時間 月 日まで

☞【郵便物等ご不在連絡票】が届けられたら※

不在票には「郵便局での保管期限」が記入されています。
(通常、約1週間内)

保管期限内に、【不在連絡票】に書いてある連絡先へ連絡をしてください。その場合は、**無料**で受取ることができます。

保管期限 ○月×日まで

- ③ 【郵便局での保管期限が過ぎた場合】送料は申請者負担【有料】となります。

免許証は当センターに戻されます。

貴方から、当センター宛に「免許証を受取ることができなかった」と連絡があった場合に限り、免許証を再送付します。

ただし、この場合の送料は、**貴方の負担**となりますのでご留意願います。

登録番号	※
登録年月日	※

(※センター記入欄)

収入印紙貼り付け欄 (消印しないこと) 都道府県の収入証紙は使用できません

美容師免許申請書

美容師試験合格の年月	1 昭和 2 平成	年	月	合格番号																
------------	--------------	---	---	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

質問事項	美容師免許を受けないで美容の業務を行ったことは 1 ない 2 ある <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>・行った内容と期間 内容:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">期間: 年 月 日 ~ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>・このことによって、罰金刑を受けたことは 1 ない 2 ある(年 月 日に処分を受けた)</td> </tr> </table>	・行った内容と期間 内容:	期間: 年 月 日 ~ 年 月 日	・このことによって、罰金刑を受けたことは 1 ない 2 ある(年 月 日に処分を受けた)
	・行った内容と期間 内容:			
期間: 年 月 日 ~ 年 月 日				
・このことによって、罰金刑を受けたことは 1 ない 2 ある(年 月 日に処分を受けた)				
美容師免許の取消処分を受けたことは 1 ない 2 ある <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>・処分された理由:</td> </tr> <tr> <td>・処分された年月日: 年 月 日</td> </tr> </table>	・処分された理由:	・処分された年月日: 年 月 日		
・処分された理由:				
・処分された年月日: 年 月 日				

本籍 (外国籍の方は国籍)		都道府県				
ふりがな	(氏)	(名)	(合格通知後氏名に変更がある場合は、現在の氏名) (氏) (名)			
氏名						
(通称名) (備考6 参照)						
生年月日	1 昭和 2 平成	年	月	日	性別	1 男 2 女

連絡先 電話番号	()							
住所 (免許証のお届け先)	郵便番号							(アパート・マンション名、部屋番号、〇〇様方、店舗名まで記入すること)
	都道府県							

公益財団法人 理容師美容師試験研修センター 理事長 殿
 上記により、美容師免許を申請します。
 申請日 平成 年 月 日

- 備考
- 太線枠内は必ず記入すること。該当する数字を○で囲むこと。
 - 2つの質問事項は、必ず回答すること。「ある」と回答した場合は、必ずカッコ内の項目も記入すること。
 - この申請書のおもて面(上部)に、所定の登録免許税に相当する収入印紙を貼ること。
 - この申請書のうら面に、申請手数料の「振替払込請求書兼受領証」又は「ご利用明細票」の原本を貼ること。
 - 誤記した場合は、二重線を引き訂正すること。(訂正印は不要)
 - 外国籍の方で、免許証に氏名と通称名の併記を希望する場合は、通称名欄に通称名を記入し、通称名が記載されている住民票を添付すること。

精神の機能の障害に関する医師の診断書

氏 名	
<p>「理容師又は美容師の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない精神の機能の障害」の有無について下記のとおり診断します。</p> <p><input type="checkbox"/> 精神の機能の障害は無い。</p> <p><input type="checkbox"/> 有</p> <p>（ 病 名： 症 状： ）</p> <p>診 断 年 月 日 平成 年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名 称</p> <p>所 在 地</p> <p>電 話 番 号</p> <p>担 当 医 師 氏 名 ⑩</p>	

備考 1.診断書の用紙は、医療機関備え付けのものを使用してもかまいません。

2.精神の機能の障害が「有」の場合は、病名と症状についての詳細、及び理容師又は美容師の業務を適正に行うことができるかどうかを記入してください。

3.医療機関名と担当医師名は必ず記入してください。