

理容業務従事証明書

従事者(受講者)本人記入欄

従事者氏名 (受講者)				
生年月日	昭和 平成	年	月	日
免許登録 年月日	昭和 平成	年	月	日

「裏面」の記入例等を参照しながら記入してください。

証明者(雇用主等)記入欄

上記の者について下記のとおり理容の業務に従事していたことを証明します。

業務従事 期間	※1 (業務従事開始日)		※2 (業務従事終了日)			
	年	月	日	～	年	月
	年	カ月				
※1 業務従事開始日は免許登録年月日以降となります。 ※2 証明日現在、当該店舗において引き続き理容業務に従事している場合の終了日は、 証明日と同一の年月日を記入してください。						
証明日 (記入日)	年	月	日			
業務に 従事した 店舗名と 所在地等	店舗名					
	住所					
	電話	()				
証明者 (雇用主等)	住所	個人の場合は個人住所、法人の場合は法人住所を記入してください。				
	会社名					
	氏名	個人の場合は個人名及び個人印を押印してください。 (印) 法人の場合は法人名及び代表者名を記入し、法人印又は代表者印を押印してください。				
	電話	()				

※ 証明者(雇用主等)と従事者(受講者)が同一人の場合は裏面4を参照ください。

業務従事証明書について

- この業務従事証明書により、受講申込書類提出時に受講資格である3年以上の業務従事期間（従事した店舗が複数の場合、合算して3年以上）があるかを確認します。
- 業務に従事した店舗が2店舗以上にわたる場合には、あらかじめこの用紙をコピーし、従事した店舗ごとに証明をもらってください。
- 業務従事期間を証明する者が既に死亡・廃業等により消息がわからない場合は受講申込書を提出する先のセンター事務所に連絡のうえ、その指示に従ってください。
- 理容所の店主（雇用主）と従事者（受講者）が同一人である場合、従事者（受講者）自身が従事期間等に必要な項目を記入・押印し、保健所が発行した「理容所検査確認済証」のコピーを添付してください。

業務従事証明書記入例

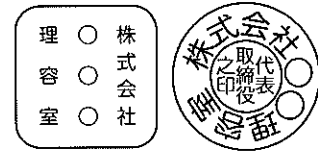
理容業務従事証明書	
従事者(受講者)本人記入欄	
従事者氏名 (受講者)	講習 太郎
生年月日	昭和 7 年 6 月 15 日 平成
免許登録 年月日	昭和 28 年 4 月 5 日 平成
証明者(雇用主等)記入欄	
上記の者について下記のとおり理容の業務に従事していたことを証明します。	
業務従事 期間	※1(業務従事開始日) ※2(業務従事終了日) 2016年 4 月 5 日 ~ 2019年 5 月 4 日
	3 年 1 ヵ月
証明日 (記入日)	2019年 5 月 4 日
業務に 従事した 店舗名と 所在地等	店舗名 サロン有明
	住所 東京都江東区有明3-7-26 有明フロンティアビルB棟9階
	電話 03 (5579) 0911
証明者 (雇用主等)	住所 東京都江東区有明3-7-26 有明フロンティアビルB棟9階 <small>個人の場合は個人住所、法人の場合は法人住所を記入してください。</small>
	会社名 株式会社 有明理容室
	氏名 代表取締役 有明 太郎 <small>個人の場合は個人名及び個人印を押印してください。 法人の場合は法人名及び代表者名を記入し、法人印又は代表者印を押印してください。</small>
	電話 03 (5579) 0911

この欄は受講申込みされる方が記入してください

この太枠の中は証明者(雇用主等)が記入してください。
特に業務従事期間は「※1」及び「※2」によく注意して記入してください。

証明者(雇用主等)が個人の場合は証明者(雇用主等)個人の印、法人の場合は法人印又は代表者印を押印してください。

法人の場合の押印例
法人印 代表者印



※ 証明者(雇用主等)と従事者(受講者)が同一人の場合裏面4を参照ください。