

令和3年8~9月実施

第44回美容師国家試験合格者の

免許申請について

9月30日発送の合格通知書に同封してある

「免許申請書」用紙

を使用してください。

バーコードがない申請書は登録に時間を要しますのでご注意ください。

(診断書様式のみ使用してもかまいません。)

登録年月日 登録番号 収入印紙 収入印紙 収入印紙 貼り付け欄 消印しないこと 誤りを使用できません

免許申請書見本

美容師免許申請書

美容師試験合格の年月 令和〇年〇月 合格番号 1234567

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 (行った内容と期間 内容: 年月日 ~ 年月日
期間: 年月日 ~ 年月日
このことにより、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)

あらかじめ氏名等が印字されています

(外国籍の方は国籍)		府 県	
ふりがな	(氏) かくにん	(名) めいいち	(合称通称氏名に変更がある場合は、現在の氏名) (名)
氏 名	確認	一	
(通称を参照)			
生年月日	平成〇年×月△日	性別	男

連絡先住所 〒000-0000 〇〇県××市△△町1-1-1

上記お届け先住所に変更がある場合 (アパート・マンション、新築移転、〇〇様方、店舗名まで記入する)
郵便番号 都 道 府 県

公益財団法人 理容師美容師試験センター
上記により、美容師免許を申請する
申請日 令和 年

備考 1. 本枠内には必ず記入すること。「ある」と同等した場合は、必ずこの内の項目も記入すること。
2. 2つの質問事項は、必ず両方記入すること。
3. この申請書のおとて裏(上部)に、所定の登録免許料に相当する収入印紙を貼る。
4. この申請書のうち、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」の原本を添付すること。
5. 氏名や免許証のお届け先住所に、変更がある場合は、所定の欄に記入すること。
6. 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。

バーコード付

83810300078

第43回以前の合格者の皆様へ

次頁以降を印刷して使用してください。

バーコード付の申請書を持っている場

合はそちらをお使いください。

美容師 免許申請に関するお手続きの案内

免許証の交付までには受付後概ね2～4週間を要しますので、余裕をもって申請してください。

お手続きの手順

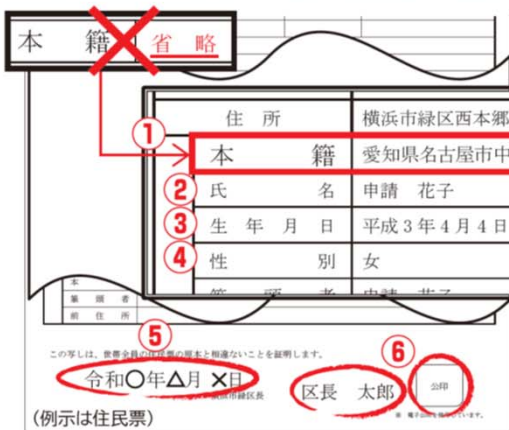
<p>1 申請書の印刷</p> <p>この案内一式を印刷してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1～3ページ 申請の方法 ・4ページ 申請書 ・5ページ 診断書様式 	<p>2 必要書類の準備</p> <p>●詳細は1～2ページ</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 現在の戸籍抄本等 ② 精神機能の障害に関する医師の診断書 ③ 収入印紙9,000円分 ④ 交付手数料5,200円 払込受領証又はご利用明細票 <p>※平成12年3月以前の合格者は、合格証書のコピー</p>	<p>3 申請書の記入</p> <p>●詳細は2ページ</p> <p>記入例を参照し、「美容師免許申請書」にご記入をお願いします。</p>	<p>4 郵便局の窓口へ</p> <p>●詳細は3ページ</p> <p>2+3を</p> <ul style="list-style-type: none"> ・郵便局の窓口より 簡易書留でご郵送ください。 ・郵便局で受け取る お問合せ番号により、郵便の追跡は、ご自身で行ってください。 	<p>5 免許証の受取り</p> <p>●詳細は3ページ</p> <p>免許証は簡易書留にて届きます。</p> <p>お留守の場合、「郵便不在票」が届きますのでポストの中も、ご確認ください。</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2 必要書類の準備 ①～④

◆現在の氏名、本籍地、生年月日、性別の確認

① 戸籍抄(謄)本(本籍が記載されていれば住民票でもかまいません。)

- 市区町村役所(場)で交付してもらってください。
- 住民票の場合「本籍の記載されたもの」と請求する必要があります。



本籍 ~~省略~~

住所	横浜市緑区西本郷町1
① 本籍	愛知県名古屋市中区
② 氏名	申請 花子
③ 生年月日	平成3年4月4日
④ 性別	女

⑤ 令和〇年△月×日 (区長 太郎 印)

! 確認するもの

- ① 本籍
- ② 氏名
- ③ 生年月日
- ④ 性別
- ⑤ 交付年月日 申請日の6か月以内か
- ⑥ 交付者(市長等)の氏名と公印

× 次のものは書類不備となります

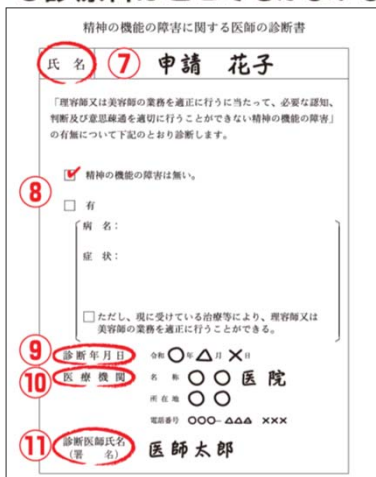
- ・本籍が表示されていない
- ・コピーしたもの
- ・書類が複数枚の場合、切り離したものを
- ・交付日が申請日から6か月を超えているもの

※旧姓の併記を希望する場合は、希望する旧姓が記載されている戸籍抄(謄)本または住民票も必要です。
 ※外国籍の方で、通称名の併記を希望する場合は、通称名が記載されている住民票が必要です。(ただし、申請書の「旧姓・通称名」欄に記入がない場合は、免許証に併記はされません。)
 ※合格時から氏名の変更がある場合は、合格証書のコピー又はその氏名の記載がある戸籍抄(謄)本

◆医師が記載した診断書

② 精神の機能の障害に関する医師の診断書 様式は5ページ

- 添付の診断書の様式を使用し、医療機関で作成してもらってください。
- 診療科はどこでもかまいません。お近くの医療機関へ問い合わせ受診してください。



精神の機能の障害に関する医師の診断書

氏名 ⑦ 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。

⑧ 精神の機能の障害は無い。

有

病名:

症状:

⑨ 診断年月日 令和〇年△月×日

⑩ 医療機関 〇〇〇〇〇 医院

所在地 〇〇〇

電話番号 〇〇〇-△△△ XXX

⑪ 診断医師氏名(署名) 医師 太郎

※診断書が封筒に入っている場合は、**ご自身で開封し以下の事項を確認してから、申請書に同封してください。**



! 確認するもの

- ⑦ 自分の氏名
- ⑧ 無、有のどちらかに✓チェックがあるか
- ⑨ 診断年月日 申請日の3か月以内か
- ⑩ 医療機関名
- ⑪ 診断医師の署名

記載漏れ等があった場合は、医療機関に補正してもらってください。

× 次のものは書類不備となります

- ・添付の様式を使用していない。(同じ文言での医療機関の様式は可)
- ・コピーしたもの
- ・医師の署名がない
- ・診断日が申請日から3か月を超えているもの

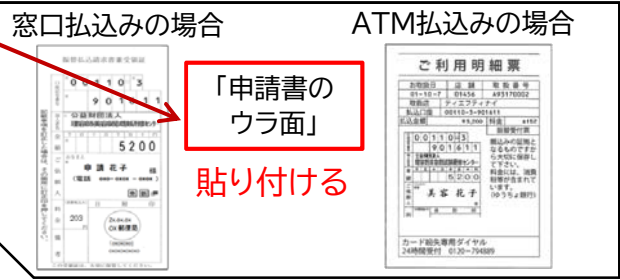
◆申請手数料

③ 5,200円払込み済の振替払込請求書兼受領証またはご利用明細票

払込み先 **振替口座番号等** 口座記号・口座番号 00110-3 901611
加入者名 公益財団法人美容師美容師試験研修センター

● ゆうちょ銀行にて払込みしてください。

郵便局に備え付けの「払込取扱票」により申請手数料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「ウラ面」に貼る。



- (注1) 払込み手数料は申請者様のご負担をお願いします。
- (注2) 申請書の受付後は返金できません。
- (注3) 原本を紛失すると、郵便局で再度受領証を発行してもらうことができませんので十分ご注意ください。

◆美容師名簿登録に係る登録免許税

④ 収入印紙9,000円分

● 郵便局で購入出来ます。

- 免許申請書オモテ面の右上「収入印紙貼り付け欄」に、貼ってください。
- 収入印紙には消印をしないでください。



✗ 都道府県の収入証紙は使用できません。

3 申請書の記入 免許申請書 記入例

太枠内は必ず記入が必要です。☞申請書は4ページ

① 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。)

② 合格年月と合格番号を記入
分からない場合は、センターへ連絡すること。

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(謄)本又は住民票」の本籍欄を見て記入
※1ページ①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、○○様方を記入

登録年月日 登録番号
※
(※センター記入欄)

① 収入印紙 5,000円 収入印紙 4,000円 できません

美容師免許申請書

美容師試験合格の年 ② ① 昭和 ② 平成 ③ 令和 00年00月 合格番号 123456789

質問事項
美容師免許を受けずに美容の業務を行ったことは
③ ① ない ② ある (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、罰金等を支払ったことは 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 (外務省の別は別表) ④ ○ ○ 都道府県
(氏) (名) [合格通知受取氏名に変更がある場合は、現在の氏名] (氏) (名)
ふりがな ⑤ しんせい はなこ
氏名 ⑤ 申請 ⑤(2) 花子
旧姓・通称名 (併記を希望する場合は) ※旧姓の併記を希望する方、外国籍の方
生年月日 ⑥ ① 昭和 ② 平成 00年00月00日 性別 ⑦ ① 男 ② 女
連絡先電話番号 ⑧ 090 (0×0×) 0×0×
住所 ⑨ 都道府県
(免許証のお届け先) ココに記入した住所が免許証のお届け先です

公益財団法人 美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 令和 3年 3月 3日

※旧姓の併記を希望する場合
戸籍抄(謄)本または住民票に記載されている旧姓と名を「旧姓・通称名欄」に記入してください。

※外国籍の方で、通称名の併記を希望する場合
住民票に記載されている通称名を「旧姓・通称名欄」に記入してください。

4 送付先 郵便局の窓口へ

- 郵便局の窓口より、必ず簡易書留で送付願います。
- 簡易書留のお問い合わせ番号は、大切に保管し、郵便の追跡にご利用ください。

- ① ご自身で封筒を用意し、封筒ウラに **申請者(差出人)**の「氏名」、「郵便番号」、「住所」を必ず記入し、申請書を同封してください。
封筒の大きさは問いません。
- ② 申請書等は折りたたんでもかまいません。
- ③ 下記「送付先」を切り取り、封筒に貼ってください。

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
新規免許申請 係

美 新規申請

5 免許証の受取り

- 免許証は簡易書留にて受付後、概ね2～4週間で申請書に記入された『お届け先住所』宛に郵送します。
- 発送日の指定やお問い合わせは一切お受けいたしません。

※上記の期間を過ぎても免許証が届かない場合は、郵便局の窓口で受取った『簡易書留のお問合せ番号』をお手元に用意してご連絡ください。ない場合は、回答できない場合があります。

！ 申請書が当センターに届いたか確認したい場合

『郵便局の窓口で受取った簡易書留のお問合せ番号』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。)お電話での問い合わせはお受けいたしません。

！ 免許証が届いた時に留守だったら

【郵便物等ご不在連絡票】(見本下)が届けられます。ご自身で不在票に記載されている【保管期限内】に郵便局に連絡をしてください。この期限を過ぎると、当センターへ返送されてしまいます。

当センターへ返送後に、再郵送する場合の郵送料は、申請者負担になりますので、必ず1度目のお届けで受け取っていただきますようお願いいたします。

免許証の発送日はお知らせすることが出来ませんので、申請してから免許証が届くまでは、ポストに【不在連絡票】が届いていないかも常にご確認ください。

郵便物等お預かりのお知らせ 見本

受取人様 様
差出人様 見本 様からの
郵便物等をお届けに申しましたがご不在でした。
ご住所

再配達受付連絡先

24時間自動受付電話 (無料)
0800-0800- (無料)
携帯電話からの連絡は 0503-155- (有料)

自動音声によって、プッシュボタンの音で確認してください。
① お客様の郵便番号・種類番号(下記)をご入力
② お客様の電話番号(市内・長途)をご入力
③ 追跡番号(追跡・非追跡)をご入力
④ ご希望の配達日(※3月5日～03/04までご入力)
⑤ ご希望の配達時間帯(下記から該当の番号1つずつをご入力)

配達日: 〇	日: 〇	日: 〇	日: 〇
11:00-15:00	17:00-19:00	12:00-15:00	18:00-21:00

着払いの配達料は、10円がかかります。

保管期限
〇月×日まで

登録年月日	登録番号
※	

(※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 3 令和	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	・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	・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						
旧姓・通称名 (併記を希望する場合)						
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 令和 年 月 日

※センター記入欄	確認済
美容師法施行規則第1条第2項で定める診断書により、法第3条第2項第1号に該当しない。	

- 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)
 - 免許証に旧姓の併記を希望する場合は、「旧姓・通称名」欄に旧姓を記入し、併記する旧姓が記載されている戸籍抄(謄)本または住民票を添付すること。
 - 外国籍の方で、免許証に通称名の併記を希望する場合は、「旧姓・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。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。

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：</p> <p>症 状：</p> <p><input type="checkbox"/> ただし、現に受けている治療等により、理容師又は美容師の業務を適正に行うことができる。</p>	
診 断 年 月 日	令和 年 月 日
医 療 機 関 名 称	
	所 在 地
	電 話 番 号
診 断 医 師 氏 名 (署 名)	

- 備考 1. 該当する□に✓チェックをしてください。
2. 診断書は、この様式に準じたものであれば医療機関備え付けのものを使用してもかまいません。
3. 診断医師氏名は自署でお願いします。
4. 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も記入してください。
5. 医療機関名と診断医師名は必ず記入してください。
- ※ 理容師又は美容師免許申請の際は、診断日から3か月以内のものを添付してください。