

年 月 日

墨田区長 あて

郵便番号

開設者 住 所
フリガナ
氏 名
電 話 ()

〔法人にあっては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名〕

施 術 所 開 設 届

下記のとおり施術所を開設したので、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第9条の2第1項の規定により届け出ます。

記

開 設 年 月 日	年 月 日		名 称			
開 設 場 所	電 話 ()					
業 務 の 種 類	☐ あん摩マツサージ指圧 ☐ はり ☐ きゆう					
業 務 に 従 事 す る 施 術 者 の 氏 名 等	氏 名	目の見えない者	免許を受けた都道府県名、免許証番号及び登録年月日		保健所担当者確認欄	
構 造 設 備 の 概 要	項目 室	面 積		外気開放面積		換 気 装 置
	専 用 の 施 術 室	m ²		m ²		有 ・ 無
	待 合 室	m ²		m ²		有 ・ 無
	器 具 、 手 指 等 の 消 毒 設 備			有 ・ 無		
開設者の免許	有 ・ 無	免許を受けた都道府県名、免許証番号及び登録年月日				保健所担当者確認欄

- (注意) 1 該当する□の中にレを付けること。
2 業務に従事する施術者の免許証を提示すること。
3 平面図を添付すること。
4 開設者が法人の場合は、登記事項証明書及び定款(寄附行為)を添付すること。
5 目の見えない者の欄には、目の見えない者である場合にレを付けること。