第1号様式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | □あん摩マッサージ指圧　□はり　□きゅう | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | m2 | | | | | m2 | | | 有・無 | | |
| 待合室 | | m2 | | | | | m2 | | | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | |