第1号様式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　　墨田区長　　　　あて  郵便番号  住所  開設者　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、柔道整復師法第19条第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　　　(　　) | | | | | | | | | | |
| 業種の種類 | 柔道整復 | | | | | | | | | | |
| 業務に従事する施術者の氏名等 | 氏名 | | 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　業務に従事する施術者の免許証を提示すること。  　　　　2　平面図を添付すること。  　　　　3　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。 | | | | | | | | | | | | | |