

第1号様式

年 月 日

墨田区保健所長 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、あん摩マッサージ指圧師、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	面 積	外気開放面積	換 気 装 置	
	室			有 ・ 無	
	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。