

第1号様式

墨田区保健所長 あて

年 月 日

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	面 積	外 気 開 放 面 積	換 気 装 置
	専用の施術室	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	有・無
	待 合 室	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	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。