第１号様式

施術所開設届

|  |  |
| --- | --- |
| 法人にあっては主たる事務所の所在地 開設者住所 | 電話　　　（　　　　） |
| 開設年月日 | 年　　　月　　　日 | 名　称 |  |
| 開設場所 |  品川区　　　　　　　　丁目　　　　番　　　　号電話　　　（　　　　） |
| 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 |  免許証の交付者名、 免許証番号および登録年月日 |  確認 |
|  |  | 厚生労働大臣・　　　　知事第　　　　号　　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 厚生労働大臣・　　　　知事第　　　　号　　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 厚生労働大臣・　　　　知事第　　　　号　　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 厚生労働大臣・　　　　知事第　　　　号　　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 厚生労働大臣・　　　　知事第　　　　号　　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 厚生労働大臣・　　　　知事第　　　　号　　　年　　月　　日 |  |
| 構造設備の概　　　要 |  室　　　　　　　項目 | 面　　積 | 外気開放面積 | 換気装置 |
|  専用の施術室 |  　　　　　　㎡ |  　　　　　　　　㎡ |  　有　無 |
|  待　合　室 |  　　　　　　㎡ |  　　　　　　　　㎡ |  　有　無 |
|  器具、手指等の消毒設備 |  　　　有　　　　　　　無 |
| 開設者の免許 | 有　無 | 免許証の交付者名、免許証番号および登録年月日 | あ厚生労働大臣知事は厚生労働大臣知事き厚生労働大臣知事 | 第　　　　号　　 年　　月　　日第　　　　号　 　年　　月　　日第　　　　号　 　年　　月　　日 | 確認 |  |

上記により、届け出ます。

年　　　月　　　日

開設者氏名

法人にあっては名称および代表者職氏名

品川区保健所長　殿

（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、登記事項証明書および定款（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。