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。