

施 術 所 開 設 届

開設者住所	〔法人にあっては主たる事務所の所在地〕			電話	()		
開設年月日	平成 年 月 日	名 称					
開設場所	品川区 丁目 番 号		電話 ()				
業務の種類	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> は り <input type="checkbox"/> 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 及び登録年月日			確 認	
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	㎡	㎡		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 証番号及び登録年月日					確 認

上記により、届け出ます。

平成 年 月 日

開設者氏名



(法人にあっては名称及び代表者職氏名)

品川区保健所長 あて

(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。