

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	柔道整復				
業務に従事 する柔道整 復師の氏名	氏 名	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	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

⑩

（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 業務に従事する柔道整復師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。