

施 術 所 開 設 届

開設者住所 〔法人にあつては主たる事務所の所在地〕		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	<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		
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		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、 免許証番号および 登録年月日	あ厚生労働大臣 知事 第 号 年 月 日 は厚生労働大臣 知事 第 号 年 月 日 き厚生労働大臣 知事 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

品川区保健所長 殿

〔法人にあつては名称
および代表者職氏名〕

- (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。