

施 術 所 開 設 届

開設者住所	〔 法人の場合は主たる 事務所の所在地 〕		電話 ( )	
開設の年月日	年 月 日	名 称		
開設の場所	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、 免許番号および免許年月日		確認
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 <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	有 無
	待 合 室	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	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 免許番号および免許年月日	確 認	

上記により、届け出ます。

年 月 日

開設者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(法人の場合は名称、代表者名)

品川区保健所長 殿

- (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、定款（寄附行為）および登記簿謄本を添付すること。