

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	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、 免許証番号および登録年月日			確認
		厚生労働大臣・ 第 号	知事 年 月 日		
		厚生労働大臣・ 第 号	知事 年 月 日		
		厚生労働大臣・ 第 号	知事 年 月 日		
		厚生労働大臣・ 第 号	知事 年 月 日		
		厚生労働大臣・ 第 号	知事 年 月 日		
		厚生労働大臣・ 第 号	知事 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	厚生労働大臣・ 第 号 年 月 日	知事 号 日	確 認

上記により、届け出ます。

年 月 日

開設者氏名

〔 法人にあつては名称
および代表者職氏名 〕

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、登記事項証明書および定款（寄附行為）を添付すること。