

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	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 ないもの	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 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 免許番号および免許年月		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 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、定款（寄附行為）および登記簿謄本を添付すること。
 5 目の見えないものの欄には、目の見えないものである場合にレを付けること。