

## 施 術 所 開 設 届

開設者住所 <small>〔法人の場合は主たる事務所の所在地〕</small>		電話 (      )      FAX (      )			
開設年月日	年 月 日	名 称	ふりがな		
開設の場所	台東区 電話 (      )      FAX (      )				
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	ふりがな 氏 名	目の見えない者	免許証交付者	免許証番号	登録年月日
			あはき 厚生労働大臣 都道府県	第      号	年 月 日
			あはき 厚生労働大臣 都道府県	第      号	年 月 日
			あはき 厚生労働大臣 都道府県	第      号	年 月 日
			あはき 厚生労働大臣 都道府県	第      号	年 月 日
			あはき 厚生労働大臣 都道府県	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 <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>	有      無
	待合室	m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>	
	器具、手指等の消毒設備			有	無
開設者の免許	有      無	免許証交付者名・免許証番号・登録年月日		免許がない場合の本人確認 運転免許証    その他 (      )	
施術日等	施術曜日 施術時間 休業日			備 考	

上記により、届け出ます。

年      月      日

開設者氏名 \_\_\_\_\_

(法人にあっては、法人名及び代表者名)

台東区台東保健所長 殿

- (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の写しを添付すること。

- 3 平面図を添付すること。
- 4 開設者が法人の場合は、法人の登記事項証明書及び定款（寄付行為）を添付すること。
- 5 目の見えない者である場合は、目の見えない者の欄に レ を付けること。
- 6 最寄駅から施術所までの案内図を添付すること。
- 7 開設者以外の者が届け出るときは委任状を添付すること。