様式第４号（第５条関係）

出　張　業　務　開　始　届

　　年　　月　　日

（宛先）下関市立下関保健所長

〒　　　－

届出者（施術者）住所

氏名

電話（　　　）　　　－

下記のとおり出張のみによる業務を開始したので、関係書類を添えて届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業務の種類 | １　あん摩マッサージ指圧　　２　はり　　３　きゅう | | |
| 免　　許 | 種別 | 登録番号 | 登録年月日 |
| あん摩マッサージ指圧 |  |  |
| はり |  |  |
| きゅう |  |  |
| 目が見えない者である　場合はその旨 |  | | |
| 業務開始年月日 | 年　　　月　　　日 | | |

添付書類

業務に従事する施術者の当該施術に係る免許証の写し

備考

１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４番とする。

２　「業務の種類」欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。

３　施術者の当該施術に係る免許証の写しについては、原本の確認を要する。

４　施術者については、運転免許証、障害者手帳等の原本による本人確認を要する。