

様式第1号（第2条関係）

施 術 所 開 設 届

年 月 日

（宛先）下関市立下関保健所長

〒 ー  
 届出者（開設者） 住所  
 氏名  
 電話（ ） ー

下記のとおり施術所を開設したので、関係書類を添えて届け出ます。

記

施 術 所	名称				
	場所	〒			
	電話（ ） ー	FAX（ ） ー			
開設の年月日	年 月 日				
業務の種類	1 あん摩マッサージ指圧    2 はり    3 きゅう				
業務に従事 する施術者	氏名	免許の種類別	登録番号	登録年月日	目が見えない者である 場合にはその旨
構造設備の 概要	施術室面積	待合室面積	外気開放面積及び 換気装置の有無	消毒設備	
	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 有 ・ 無	有 ・ 無 概要	

添付書類

- 1 構造設備の平面図（待合室、施術室等の区分、各室の床面積、施術室の外気開放面積並びに窓、換気装置、消毒設備及びベッドの位置を明記すること。）
- 2 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 届出者（開設者）の住所及び氏名は、法人にあっては、その主たる事務所の所在地及び名称並びに代表者の役職及び氏名を記入すること。
- 3 「業務の種類」欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。
- 4 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。
- 5 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。
- 6 法人にあっては、登記簿謄本の確認を要する。