

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

〒 ー
届出者（施術者）住所
氏名
電話（ ） ー

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。