

第1号様式（第1条関係）

施 術 所 開 設 届

開設者住所	〔法人にあつては主たる 事務所の所在地〕		電話 ()		
開設 年 月 日	年 月 日		名 称		
開設の場所	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 ない者	免許証の交付者名、免許証番号 及び登録年月日		
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 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、免許証番号 及び登録年月日			

上記により、届け出ます。

年 月 日

開設者氏名

(法人の場合は名称及び代表者職氏名)

(宛先) みなと保健所長

(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、登記事項証明書及び定款（寄附行為）を添付すること

5 目の見えない者の欄には、目の見えない者である場合にレを付けること。