

施 術 所 開 設 届

開設者住所 （法人の場合は主たる事務所の所在地）	電話 ()											
開設の年月日	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"/> きゆう											
業務に従事する 施術者の氏名	氏 名	免許を受けた都道府県名、免許番号及び免許年月日	確 認									
構造設備の概要	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">項 目</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">面 積</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">外気開放面積</td> <td style="width: 35%; text-align: center;">換 気 装 置</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">室</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	項 目	面 積	外気開放面積	換 気 装 置	室						
	項 目	面 積	外気開放面積	換 気 装 置								
	室											
	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	免許を受けた都道府県名、 免許番号及び免許年月日	確 認									

上記により、届け出ます。

年 月 日

開設者氏名.....

（法人にあつては名称、代表者職氏名）

千代田区千代田保健所長 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。