

## 施 術 所 開 設 届

開設者住所 <span style="font-size: small;">（法人の場合は主たる事務所の所在地）</span>	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	柔 道 整 復														
業務に従事する 柔道整復師の氏名	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: 20%; text-align: center;">面 積</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">外気開放面積</td> <td colspan="2" style="width: 45%; text-align: center;">換 気 装 置</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">室</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></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 <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	有	無										
待 合 室	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	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.....

（法人にあっては名称、代表者職氏名）

千代田区千代田保健所長 殿

- （注意）
- 1 業務に従事する柔道整復師の免許証を提示すること。
  - 2 平面図を添付すること。
  - 3 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。