第１号様式（第２条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者住所 | 法人にあっては主たる事務所の所在地 | 電話　　　（　　） |
| 開設の年月日 |  | 　　　　　　　　　　　　 |
| 開設の場所 | 電話　　　（　　） |
| 業務の種類 | □　あん摩・マッサージ・指圧　□　はり　□　きゆう |
| 業務に従事する施術者の氏名等 | 氏名 | 免許証の交付者名、免許証番号及び登録年月日 | 確認 | 備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 構造設備の概要 | 室 | 面積 | 外気開放面積 | 換気装置 |
| 専用の施術室 | ㎡ | ㎡ |   |
| 待合室 | ㎡ | ㎡ |   |
| 器具、手指等の消毒設備 |   |
| 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 |  | 確認 |  |

上記により、届出をします。

開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

（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　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　備考欄には、目の見えない者である場合にレを付けること。