

様式第1(第2条関係)

施 術 所 開 設 届 書

年 月 日

鹿児島市保健所長 殿

開設者住所  
〔法人については、主  
たる事務所の所在地〕

開設者氏名  
〔法人については、名  
称及び代表者の氏名〕

次のとおり施術所を開設したので、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第9条の2第1項前段の規定により届け出ます。

開設年月日	年 月 日							
施術所の名称	電話番号							
施術所の開設場所	鹿児島市							
業務の種類	あん摩マッサージ指圧師 ・ はり ・ きゆう							
業務に 従事する 施術者	氏名	あん摩マッサージ指圧師		はり師		きゆう師		※目が見えない者
		登録番号	登録年月日	登録番号	登録年月日	登録番号	登録年月日	
		第 号	年 月 日	第 号	年 月 日	第 号	年 月 日	
		第 号	年 月 日	第 号	年 月 日	第 号	年 月 日	
		第 号	年 月 日	第 号	年 月 日	第 号	年 月 日	
		第 号	年 月 日	第 号	年 月 日	第 号	年 月 日	
		第 号	年 月 日	第 号	年 月 日	第 号	年 月 日	

注

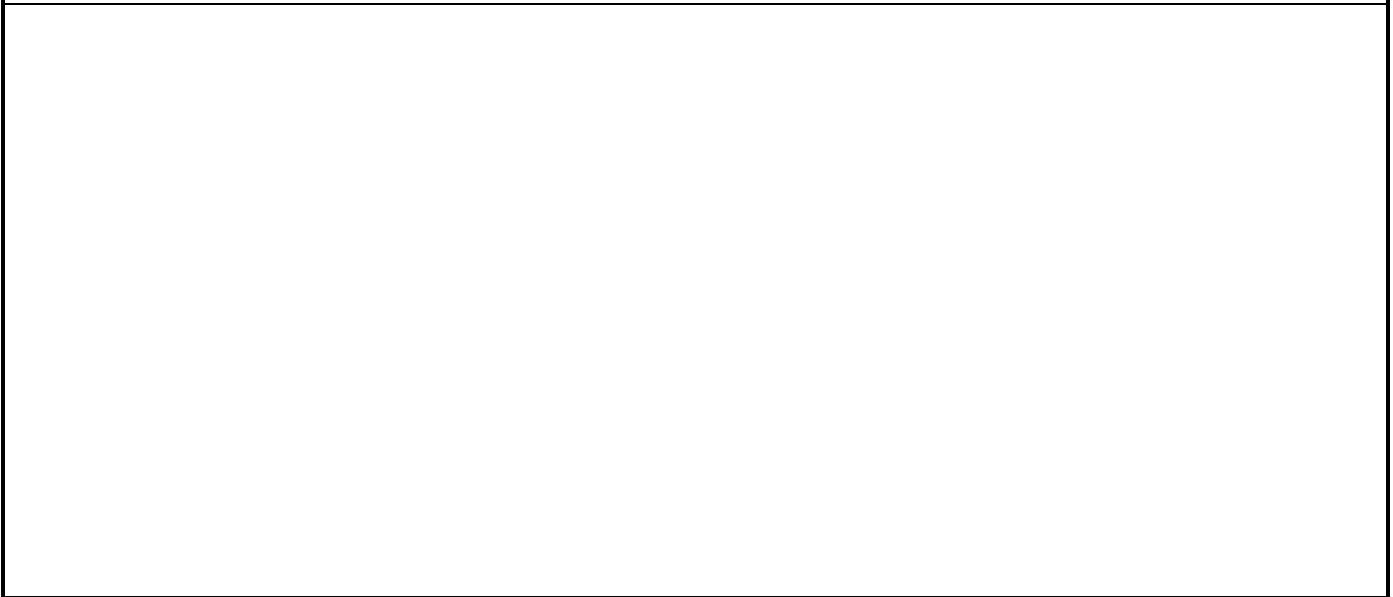
- 1 業務に従事する施術者の免許証の写しを添付すること。
- 2 業務の種類は、該当するものを○で囲むこと。
- 3 施術者が目が見えない者である場合には、※欄に○を付けること。

年 月 日 決 裁						
所長		課長		係長		係

保健所受付
-------

受理番号	第 号	受理年月日	年 月 日
------	-----	-------	-------

施 術 所 周 辺 の 見 取 図



施 術 所 の 平 面 図



概 要	施術室の 面 積	待合室の 面 積	外気開放 の 面 積	換気装置	消毒設備	※法第10条による検査の結果
		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	有・無	有・無

注

- 1 施術所の平面図は、各部屋ごとに縦横の長さ、窓及び換気装置の位置並びに各部屋の用途及び設備等を明示すること。
- 2 ※欄は、記入しないこと。