

第1号様式（第2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	電話 ()		
開設場所	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
構造設備の概要	項目	面 積	外 気 開 放 面 積	換 気 装 置	
	室			有	無
	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		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、名称及び代表者職氏名)

世田谷区世田谷保健所長あて

- (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(寄付行為)を添付すること。