

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	あん摩マッサージ指圧 はり きゅう				
業務に従事 する施術者 の氏名等	氏 名	目の見えない者	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 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(寄付行為)を添付すること。
 5 目の見えない者の欄には、目の見えない者である場合にレを付けること。