

施 術 所 開 設 届

年 月 日

神奈川県鎌倉保健福祉事務所長 殿

郵便番号 [法人にあっては、主たる事務所の所在地]
 住 所 [法人にあっては、名称及び代表者の氏名]
 氏 名 印

次のとおりあん摩マッサージ指圧師等の施術所を開設したので、届け出ます。

名 称								
開 設 の 場 所							電 話	
開 設 年 月 日		年 月 日		業 務 の 種 類				
業 務 に 従 事 す る 施 術 者	氏 名	従 事 年 月 日	業 務 の 種 類	免許証に記載された都道府県知事の統轄する都道府県名	免許証 番 号	免 許 年 月 日	晴 盲 の 別	※ 確 認 欄
施 術 所 歴	年 月 日							
	年 月 日							
	年 月 日							
	年 月 日							

施術所の構造設備の概要

施術室		面積	
待合室		面積	
採光 換気装置			
消毒設備			
その他			

施術所の平面図

- 備考 1 ※の欄には、記入しないでください。
 2 施術所の平面図は、ます目を利用して記入してください。