施術所開設届

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　神奈川県　　　保健福祉事務所長　殿

郵便番号

住所氏名（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

　　次のとおりあん摩マツ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。