施術所開設届

年　　　月　　　日

神奈川県鎌倉保健福祉事務所長　殿

法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

郵便番号

住所

氏名

　次のとおり柔道整復師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 |
| 業務に従事する柔道整復師 | 氏名 | 従事年月日 | 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 | ※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。