施術者出張専門業務開始届

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　神奈川県　　　保健福祉事務所長　殿

郵便番号

住　　所

氏　　名

電話番号

晴盲の別

　　次のとおりあん摩マツサージ指圧師等の出張専門による業務を開始したので、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免　　　　　許 | 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 | 確認欄 |
| あん摩マツサージ指圧師 |  | 第号 | 年　月　日 | ※ |
| はり師 |  | 第号 | 年　月　日 | ※ |
| きゆう師 |  | 第号 | 年　月　日 | ※ |
| 開始年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 確認欄 | | ※  記載事項があん摩マツサージ指圧師（はり師、きゆう師）の免許証と相違ない。  担当者　氏　名　　　　　　　　印 | | | |

　備考　１　免許の欄は、該当する箇所のみ記入してください。

　　　　２　※の欄には、記入しないでください。