施術者県内滞在業務開始届

年　　　月　　　日

神奈川県鎌倉保健福祉事務所長　殿

郵便番号

住所

氏名

電話番号

晴盲の別

次のとおり神奈川県内に滞在してあん摩マツサージ指圧師等の業務を開始したいので、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 |
| あん摩マッサージ指圧師 |  | 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 | | | |
| 業務を行う場所  及びその期間 | |  | | | |

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。