

施 術 者 出 張 専 門 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 印  
電話番号  
晴盲の別

次のとおりあん摩マッ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<br>許    | 業務の種類           | 免許証に記載された<br>都道府県知事の統轄<br>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<br>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     |                 | ※<br>記載事項があん摩マッサージ指圧師（はり師、きゆう師）の免許証と<br>相違ない。<br>担当者 氏 名 ㊞ |           |       |     |

- 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。