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。