

施 術 所 開 設 届

開 設 の 年 月 日	年 月 日	名 称			
開 設 の 場 所	荒川区 丁目 番 号 電話 ( )				
業 務 の 種 類	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう				
業 務 に 従 事 す る 施 術 者 の 氏 名 等	氏 名	目の見えない者	免許の付与者名、登録番号及び登録年月日	確 認	
構 造 設 備 の 概 要	項目	面 積	外 気 開 放 面 積	換 気 装 置	
	室				
	専用の施術室	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	有 無	
	待 合 室	m <sup>2</sup>			
	器 具 、 手 指 等 の 消 毒 設 備		有 ・ 無		
開 設 者 の 免 許	有・無	免許の付与者名、登録番号及び登録年月日		確 認	

上記により、届け出ます。

年 月 日

住所.....

(法人の場合は主たる事務所の所在地)

開設者

氏名.....

(法人の場合は名称及び代表者職氏名)

電話 ( )

荒川区保健所長 殿

- (注意) 1 該当する□の中にレを付けること。  
 2 業務に従事する施術者の免許証を提示すること。  
 3 平面図を添付すること。  
 4 開設者が法人の場合は、定款又は寄附行為の写し及び登記事項証明書を添付すること。  
 5 目の見えない者の欄には、目の見えない者である場合にレを付けること。