

施 術 所 開 設 届

開設者住所 (法人の場合は主たる 事務所の所在地)		電話 () FAX ()		
開設の年月日	年 月 日	名 称	ふりがな	
開設の場所	台東区 電話 () FAX ()			
業務の種類	柔 道 整 復			
業 務 に 従 事 す る 施 術 者 の 氏 名 等	ふ り が な 氏 名	免許証交付者	免許証番号	登録年月日
		厚生労働大臣 都道 府県	第 号	年 月 日
		厚生労働大臣 都道 府県	第 号	年 月 日
		厚生労働大臣 都道 府県	第 号	年 月 日
		厚生労働大臣 都道 府県	第 号	年 月 日
		厚生労働大臣 都道 府県	第 号	年 月 日
構 造 設 備 の 概 要	室 項 目	面 積	外気開放面積	換気装置
	専用の施術室	m ²	m ²	有 無
	待 合 室	m ²	m ²	有 無
	器具、手指等の消毒設備		有 無	
開設者の 免許の有無	有 無	免許証交付者名・免許証番号・免許登録年月日		免許がない場合の本人確認 運転免許証 その他 ()
施術日等	施術曜日 施術時間 休業日		備 考	

上記により、届け出ます。

年 月 日

開設者氏名 _____ (印)

(法人の場合は、法人名、代表者名、代表者印)

台東区台東保健所長 殿

- (注意)
- 1 業務に従事する柔道整復師の免許証のコピーを添付し、原本を提示すること。
 - 2 平面図を添付すること。
 - 3 開設者が法人の場合は、法人の登記事項証明書及び定款(寄附行為)を添付すること。
 - 4 最寄駅から施術所までの案内図を添付すること。
 - 5 開設者以外が届け出るときは委任状を添付すること。