第１号様式（柔道整復）

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 | | ㎡ | | | ㎡ | | | 有　　　　　無 |
| 待 　合　 室 | | ㎡ | | | ㎡ | | |  |
| 器具、手指等の消毒設備　　　　　　　　　　　　　有　　　　　　　　無 | | | | | | | | |
| 開設者の  免許 | 有　　無 | 免許証交付者名・免許証番号・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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、法人名及び代表者名）

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写しを添付すること。

　　　　　　　 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。