第４号様式

出　張　施　術　業　務　開　始　届

１．業務の開始年月日

　　　　　　年　　　　月　　　　日

２．業務の種類

* あん摩マッサ－ジ指圧
* は　　　り
* き　ゅ　う

３．免許証の交付者名、免許証番号及び登録年月日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| あん摩マッサ－ジ  　　　　　　　　　師  指　　　　　　圧 | 厚生労働大臣  都道府県 | 免許証番号  第　　　　　　　号 | 登録年月日  年　　　月　　　日 |
| は　　　り　　　師 | 厚生労働大臣  都道府県 | 免許証番号  第　　　　　　　号 | 登録年月日  年　　　月　　　日 |
| き　　ゅ　　う　師 | 厚生労働大臣  都道府県 | 免許証番号  第　　　　　　　号 | 登録年月日  年　　　月　　　日 |

　　上記により、届け出ます。

　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所　台東区

ふりがな

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

電　　　話　　　　　（　　　　　）

* 問合せがあった場合に紹介してよろしいですか

　　電話番号のみ　　　　ＹＥＳ　・　ＮＯ

台東区台東保健所長　殿

（注意）１　該当する□の中に　レ　を付けること。

　　　　２　免許証の写しを添付すること。

　　　　３　住所確認できるもの（運転免許証、保険証等）を提示すること。

　　　　４　住所等の変更があった場合は必ず保健所へ届け出ること。