

施 術 所 開 設 届

開設者住所〔法人については主たる事務所の所在地〕		電話（ ）		
開設年月日	年 月 日	名称：		
開設場所	電話（ ）			
業務種類	<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	氏 名	免許証の交付者名、免許番号及び免許年月日		
		第 号	年 月 日	
		第 号	年 月 日	
		第 号	年 月 日	
		第 号	年 月 日	
		第 号	年 月 日	
		第 号	年 月 日	
		第 号	年 月 日	
構造設備の概要	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	有 無	免許証の交付者名、免許番号及び免許年月日	第 号	年 月 日

上記により、届け出ます。

年 月 日

開設者氏名 _____

（法人については、名称及び代表者職氏名）

目黒区保健所長 あて

（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、登記事項証明書及び定款（寄附行為）を添付すること。