

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	柔 道 整 復			
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 業務に従事する柔道整復師の免許証を提示すること。
- 2 平面図を添付すること。
- 3 開設者が法人の場合は、登記事項証明書及び定款（寄附行為）を添付すること。