

第1号様式(第2条関係)

施 術 所 開 設 届

開設者住所	〔法人にあっ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	あん摩マッサージ指圧 はり きゅう			
業務に従事する 施術者の氏名	氏 名	免許を受けた都道府県名、免許証番号及び登録年月日		確認
		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
	室 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	免許を受けた都道府県名、免許証番号及び登録年月日		確認

上記により、届け出ます。

年 月 日

開設者氏名

印

(法人の場合は名称、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✓を記入すること。
 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。

(用紙規格 A4)