

施 術 所 開 設 届
(柔 道 整 復 師)

年 月 日

新 潟 市 保 健 所 長 様

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

下記のとおり届出をします。

記

開設者住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)		郵便番号		電話番号	
		住所			
開設年月日					
施術所の名称					
開設の場所		郵便番号		電話番号	
		住所			
業務に従事する柔道整復師の氏名	氏 名		免許番号 及び 免許登録年月日		
構造設備の概要			面 積	外気開放面積	換 気 装 置
	専用の施術室		m ²	m ²	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	待合室		m ²	m ²	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	器具、手指等の消毒設備				

添付書類

- 1 業務に従事する施術者の免許証の写し（窓口で原本照合）及び本人確認書類
- 2 施術所附近の見取図及び平面図
- 3 開設者が法人の場合は、登記簿謄本原本及び定款又は寄附行為。個人の場合は、本人確認書類。