

出張施術業務開始届

年 月 日

新潟市保健所長様

住所 〒

(電話番号)

氏名

下記のとおり届出をします。

記

業務開始年月日			
施術を行う場所			
業務の種類	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう		
免許の種類	免許を受けた都道府県名、免許番号 及び 免許登録年月日		
<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ 指圧師	都道府県	第 号	年 月 日
<input type="checkbox"/> はり師	都道府県	第 号	年 月 日
<input type="checkbox"/> きゅう師	都道府県	第 号	年 月 日

添付書類

免許証の写し（窓口で原本照合）及び本人確認書類

注 業務の種類及び免許の種類の下にレ印をつけてください。