

施 術 所 開 設 届

（ あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師 ）

年 月 日

新潟市保健所長様

氏名（法人にあつ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 (法人にあつては主たる事務所の所在地)		郵便番号		電話番号	
開設年月日		住所			
施術所の名称					
開設の場所		郵便番号		電話番号	
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			
業務に従事する施術者の氏名	氏 名	免 許 番 号 及 び 免 許 登 録 年 月 日			目が見えない者
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。

注 1 該当する業務の種類の下に印をつけてください。
2 目が見えない者欄には、該当する者は○印を記入してください。