

年 月 日

東京都北区保健所長 殿

開設者 住 所
氏 名

電 話 番 号 ()

ファクシミリ番号 ()

〔 法人にあつては、名称、主たる
事務所の所在地及び代表者の氏名 〕

施 術 所 開 設 届

施術所を開設したので、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律
第9条の2第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

1 名 称						
2 開 設 の 場 所	電 話 番 号 () ファクシミリ番号 ()					
3 開 設 年 月 日	年 月 日					
4 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					
5 業務に従事する施術者の氏名等						
免許の種別	氏 名	目の見えないもの	交付者名	登録年月日	登録番号	確認欄
				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	

(裏)

6 構造設備の概要				
6-1専用の施術室	面積	外気開放面積	換気装置	
	m ²	m ²	有・無	
6-2待合室	面積	外気開放面積	換気装置	
	m ²	m ²	有・無	
6-3器具、手指等の消毒設備				
7 開設者の免許				
免許証の有無	交付者名	登録年月日	登録番号	確認欄
有・無		年 月 日	第 号	
8 施術日時				
9 注意事項				
1) 該当する□の中にレをつけること。				
2) 業務に従事する施術者免許証の本証を持参し、写しを添付すること。				
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。				
5) 目の見えない者の欄には、該当する場合に□の中にレをつけること。				