

別記第1号様式（第2条関係）

施 術 所 開 設 届 出 書

年 月 日

市立函館保健所長 様

住所
届出者
氏名

次のとおり施術所を開設したので届け出ます。

- 1 開設の年月日 年 月 日
- 2 名 称
- 3 開設の場所
- 4 業務の種類
- 5 業務に従事する施術者の氏名等

氏名	業務の種類	免許を受けた 都道府県名	免許証（免許 証明書）番号	免許 年月日	目の見える者・目 の見えない者の別

6 構造設備の概要

施 術 室 の 面 積	m ²	外気に開放できる面積または換気 装置の有無	m ² 有 ・ 無
待 合 室 の 面 積	m ²	消 毒 設 備	

添付書類

- 1 業務に従事する施術者の免許証もしくは免許証明書の写しまたは業務に従事する施術者が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12条の2第1項に規定する届出を行ったことを証明する書面の写し
 - 2 平面図
- 注1 厚生労働大臣から免許を受けた者については，免許を受けた都道府県名欄は，記入を要しない。
- 2 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12条の2第1項の規定により医業類似行為を業とすることができる者については，免許を受けた都道府県名欄に同項に規定する届出を行った都道府県名を，免許証（免許証明書）番号欄に当該届出の番号を，免許年月日欄に当該届出を行った年月日をそれぞれ記入すること。