

別記第1号様式(第2条関係)

施 術 所 開 設 届					
開設者住所		(法人にあっては主たる事務所の所在地)		電話 ( )	
開設の年月日	年 月 日	名称			
開設の場所		電話 ( )			
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等	氏名	目の見えない者	免許証の交付者名、免許証番号及び登録年月日		確認
構造設備の概要	項目	面積	外気開放面積	換気装置	
	室		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	有 無
	専用の施術室		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	有 無
	待合室		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	有 無
器具、手指等の消毒設備		有 無			
開設者の免許	有 無	免許証の交付者名、免許証番号及び登録年月日		確認	
上記により、届け出ます。 年 月 日 開設者氏名..... (法人にあっては名称及び代表者職氏名)					
(あて先)中央区長					
(注意)1 該当する□の中にレを付けること。 2 業務に従事する施術者の免許証を提示すること。 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、目の見えない者である場合にレを付けること。					