

# 施 術 所 開 設 届

開設者住所 〔法人にあつては主たる事務所の所在地〕		電話 ( )				
開設年月日	令和 年 月 日	名 称				
開設場所	大田区 丁目 番 号		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	氏 名	目の見 えない 者	交付者名	免許登録 年月日	登 録 番 号	確 認
構造設備の 概要	項目	面 積		外気開放面積	換 気 装 置	
	専 用 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、 免許番号及び登録年月日				確 認

上記により、届け出ます。

令和 年 月 日

開設者氏名 \_\_\_\_\_

(法人にあつては名称及び代表者職氏名)

(宛先) 大田区保健所長

- (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 平面図と案内図を添付すること。  
 4 開設者が法人の場合は、登記記載事項証明書及び定款(寄付行為)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。

