

# 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		
	室		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	有 ・ 無		
	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。

