

施 術 所 開 設 届

年 月 日

神奈川県鎌倉保健福祉事務所長 殿

郵便番号
住 所
氏 名

〔法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名〕

次のとおりあん摩マッサージ指圧師等の施術所を開設したので、届け出ます。

名 称								
開設の場所							電 話	
開設年月日		年 月 日		業 務 の 種 類				
業 務 に 従 事 す る 施 術 者	氏 名	従 事 年 月 日	業 務 の 種 類	免許証に記載された都道府県知事の統轄する都道府県名	免 許 証 号 番	免 許 年 月 日	晴 盲 の 別	※ 確 認 欄
施 術 所 歴	年 月 日							
	年 月 日							
	年 月 日							
	年 月 日							

施術所の構造設備の概要

施 術 室		面 積	
待 合 室		面 積	
採 光 換 気 装 置			
消 毒 設 備			
そ の 他			

施術所の平面図

- 備考 1 ※の欄には、記入しないでください。
 2 施術所の平面図は、ます目を利用して記入してください。