

施術者出張専門業務開始届

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  
電話番号  
晴盲の別

次のとおりあん摩マッサージ指圧師等の出張専門による業務を開始したので、届け出ます。

免 許	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	免許証番号	免許年月日	確認欄
	あん摩マッサー ジ指圧師		第 号	年 月 日	※
	は り 師		第 号	年 月 日	※
	き ゆ う 師		第 号	年 月 日	※
開 始 年 月 日		年 月 日			
確 認 欄		※ 記載事項があん摩マッサージ指圧師（はり師、きゆう師）の免許 証と相違ない。 担当者 氏 名 <span style="float: right;">(印)</span>			

- 備考 1 免許の欄は、該当する箇所のみ記入してください。  
 2 ※の欄には、記入しないでください。