

施術者県内滞在業務開始届

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

次のとおり神奈川県内に滞在してあん摩マッサージ指圧師等の業務を開始したいので、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			
業 務 を 行 う 場 所 及 び そ の 期 間					

- 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。