

様式第1号（第2条関係）

あん摩マッサージ指圧（はり・きゅう）施術所開設届

年 月 日

（提出先）

川越市保健所長

住 所

開設者

氏 名

〔法人にあっては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名〕

電話番号

あん摩マッサージ指圧（はり・きゅう）の施術所を開設したので、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

名 称				
開 設 の 場 所	電話番号			
開 設 年 月 日	年 月 日			
業 務 の 種 類	あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう			
業務に従事する 施術者の氏名等	氏 名			
	区 分	目が見える者・ 目が見えない者	目が見える者・ 目が見えない者	目が見える者・ 目が見えない者
	業 務 の 種 類	あん摩マッ サージ指圧・ はり・きゅう	あん摩マッ サージ指圧・ はり・きゅう	あん摩マッ サージ指圧・ はり・きゅう
構造設備の概要	造 塗 ぶき 階建ての 階部分（自己所有・借家）			
	施術所の 面 積	m ²	施術室における 外 気 に 開 放 し 得 る 面 積	m ²
	施術室の 面 積	m ²		
	待合室の 面 積	m ²	施術室における 換気装置の有無	有・無
施 術 に 用 い る 器 具 、 手 指 等 の 消 毒 設 備				
備 考				

添付書類

- 1 業務に従事する施術者の免許証の写し（原本を提示すること。）
- 2 案内図
- 3 施術所の平面図
- 4 賃貸借契約書又は使用承諾書の写し（自己所有の場合は不要）

注意

- 1 開設後10日以内に届け出ること。
- 2 業務に従事する施術者の氏名等の欄に書ききれない場合は、別紙に記入の上添付すること。