この申請書はパソコン上でも入力できます

別記第1号様式（第2条関係）

施　術　所　開　設　届

開設者住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）	電話　（　　）		
開設年月日	年　月　日	名称	
開設場所	電話　（　　）		
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	目の見えない者	免許証の交付者名、免許証番号及び登録年月日	確認
		□		
		□		
		□		
		□		
		□		

構造設備の概要	室＼項目	面積	外気開放面積	換気装置
	専用の施術室	m²	m²	□有　□無
	待合室	m²	m²	□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、免許証番号及び登録年月日		確認	

上記により、届け出ます。

年　月　日

開設者氏名　　印
（法人にあっては名称及び代表者職氏名）

豊島区池袋保健所長

（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　平面図を添付すること。
4　開設者が法人の場合は、登記簿謄本及び定款（寄附行為）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。