

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	柔 道 整 復					
業務に従事 する柔道整 復師の氏名	氏 名	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	m ²	m ²		有 無	
	待 合 室	m ²	m ²		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 業務に従事する柔道整復師の免許証を提示すること。
 2 平面図を添付すること。
 3 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。