

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	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゆう					
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	項目	面 積	外 気 開 放 面 積	換 気 装 置		
	専用の施術室	㎡	㎡	有 無		
	待 合 室	㎡	㎡	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



(法人にあっては名称及び代表者職氏名)

豊島区保健所長

- (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。