

施 術 所 開 設 届

開設者住所 <small>(法人にあっては主たる事務所の所在地)</small>	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、免許番号及び免許年月日		確 認
構造設備の概要	項 目	面 積	外 気 開 放 面 積	換 気 装 置
	室			有 無
	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 _____ (印)

(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 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。