

施 術 所 開 設 届

年 月 日

千葉県 保健所長 様

開設者住所（法人の場合は主たる事務所所在地）

〒

電話 ()

氏名（法人の場合は名称及び代表者職氏名）

㊟

次のとおり施術所を開設したのでお届けします。

記

名 称				
開 場 設 所	〒 電話 ()			
開 年 月 日	年 月 日			
(※) 施術日・時間				
業 務 種 類	あん摩・マッサージ・指圧・はり・きゅう・柔道整復			
業務に従事する 施 術 者	氏 名		資 格	免 許 番 号
		晴・盲		
		晴・盲		
		晴・盲		

構造設備の概要	(※) 敷地面積			m ²	
	構造概要	木造耐火() その他()			
	(※) 建築面積	m ² (延面積)		m ²	
	専用施術室面積				m ²
	待合室面積				m ²
	外気開放面積 (換気装置)	()			m ²
	消設毒備	手			
		指			
器具等	器具等				
	その他				

(※) の項目記載は必須ではない

添付書類

1. 業務に従事する施術者の免許証の原本及び写
2. 施術所の案内図
3. 施術所の概要を示す平面図 (用途を明記すること)
4. 法人の場合は定款 (寄附行為) 及び登記簿謄本