

様式第 1 号（第 2 条関係）

施術所開設届

年 月 日

水戸市保健所長 様

住所又は所在地
氏名又は名称
代表者の氏名
連絡先

施術所を開設したので、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第 9 条の 2 第 1 項前段の規定により次のとおり届け出ます。

1 施術所の名称 ふりがな		
2 開設場所及び電話番号	TEL _____ FAX _____	
3 開設年月日	年 月 日	
4 業務の種類	あん摩マツサージ指圧 ・ はり ・ きゆう （※○で囲む）	
5 業務に従事する施術者の氏名	(盲)	
6 構造設備の概要	施術室	m ² (6.6 m ² 以上)
	待合室	m ² (3.3 m ² 以上)
	外気開放面積	m ² (室面積の 1/7 以上)
	換気設備	有 ・ 無
7 施術に用いる器具及び消毒設備の概要	ベッド	台
	消毒設備の内容	
	その他	
8 添付書類	(1) 業務に従事する施術者の氏名一覧（別紙） (2) 業務に従事する施術者の資格免許証の写し及び運転免許証等の本人確認書類の写し (3) 施術所の平面図及び周囲の見取図	

	(4) 登記事項証明書又は定款の写し（開設者が法人の場合） (5) 開設者の本人確認書類の写し（開設者が個人の場合）
--	--

- (注) 1 平面図は、各室の用途を示し、ベッド等の器具及び設備を明示すること。
- 2 原本照合を行うため、資格免許証及び本人確認書類については、写しの添付と併せて原本を持参すること。
- 3 氏名欄について、おおむね、視覚支援学校、視力障害センター等の卒業生であれば盲に○を付すこと。また、弱視の場合も同様とすること。

(別紙)

業務に従事する施術者の氏名一覧

氏名・ 生年月日	免許番号		
	あん摩 マッサージ指圧師	はり師	きゅう師
(盲) 年 月 日生	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号
■職歴：(年 月～) (年 月～) (年 月～) (年 月～) (年 月～) (年 月～)			
■兼務する施術所の有無（あり・なし） ＜ありの場合＞ 兼務する施術所の名称： 兼務する施術所の所在地： 兼務する施術所での従事時間：			
■罰金以上の刑，業務に関する犯罪または不正の行為（療養費不正請求等）など免許 欠格事項への該当 (あり・なし)			
氏名・ 生年月日	免許番号		
	あん摩 マッサージ指圧師	はり師	きゅう師
(盲) 年 月 日生	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号
■職歴：(年 月～) (年 月～) (年 月～) (年 月～) (年 月～) (年 月～)			
■兼務する施術所の有無（あり・なし） ＜ありの場合＞ 兼務する施術所の名称： 兼務する施術所の所在地： 兼務する施術所での従事時間：			
■罰金以上の刑，業務に関する犯罪または不正の行為（療養費不正請求等）など免許 欠格事項への該当 (あり・なし)			

(注) 氏名・生年月日欄について，おおむね，視覚支援学校，視力障害センター等の卒業業者であれば盲に○を付すこと。また，弱視の場合も同様とすること。