

様式第 4 号（第 4 条関係）

出張施術業務開始届

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

出張施術業務を開始したので、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第 9 条の 3 前段の規定により次のとおり届け出ます。

1 業務の種類	あん摩マッサージ指圧 ・ はり ・ きゆう （※○で囲む）
2 業務開始年月日	年 月 日
3 施術に用いる器具及び消毒設備の概要	
4 添付書類	(1) 履歴書（別紙） (2) 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

（注）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。

(別紙)

履歴書

年 月 日現在

氏名	(盲)					
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生					
免許番号						
あん摩マッサージ指圧師		はり師		きゅう師		
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					
	年 月～ 年 月					
	年 月～ 年 月					
	年 月～ 年 月					
刑罰等の有無	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）など免許失格事項への該当 (あり ・ なし)					

■兼務する施術所の有無 (あり ・ なし)

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

曜日	日	月	火	水	木	金	土
時間							

(注) 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。