

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（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

開設者 氏名（法人にあつては、名称及び代表者の職氏名）

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。

ふりがな			
1 施術所の名称			
2 開設場所及び電話番号	電話番号 _____		
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 構造設備の概要	専用の 施術室	室面積	㎡（6.6㎡以上）
		外気開放面積	㎡（室面積の1/7以上）
		換気装置	有 ・ 無
	待合室		㎡（3.3㎡以上）
	施術に用いる器具、 手指等の消毒設備		有 ・ 無
6 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、待合室、施術室その他各室の用途を示し、各室の床面積、施術室の外気開放面積並びに窓、換気装置、消毒設備及びベッドの位置を明示すること。

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。

(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	きゆう師
(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
(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
(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
(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
(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
(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

(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  
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。