

様式第6号（第5条関係）

滞在施術業務開始届

令和〇年 〇月 〇日

水戸市保健所長 様

住 所（施術所の開設者又は勤務者である場合にあっては、その施術所の所在地）

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇-〇〇

施術者 氏 名（施術所の開設者又は勤務者である場合にあっては、その施術所の名称及び施術者の氏名）

〇〇あん摩マッサージ治療院 開設者 市外 太郎

連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

施術所の開設者（施術者）でない
場合には、施術者の現住所、氏名、
連絡先を記載すること。

又は、勤務者

滞在施術業務を開始するので、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4の規定により次のとおり届け出ます。

1 施術者の氏名及び住所並びに当該施術者が目が見えない者である場合にはその旨	氏名	市外 太郎 (盲)	
	住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇-〇〇 施術者の現住所	
2 業務の種類	あん摩マッサージ指圧 ・ はり ・ きゆう (※○で囲む)		
免許番号			
あん摩マッサージ指圧師	はり師		きゆう師
登録年月日 平成〇年〇月〇日	登録年月日 年 月 日	登録年月日 年 月 日	
厚労省・都道府県 第〇〇〇〇〇〇号	厚労省・都道府県 第	厚労省・都道府県	
滞在場所が宿泊施設や集合住宅である場合は、 階数、部屋番号まで記載すること。			
3 業務を行う場所の名称及び所在地	水戸市〇〇町〇〇〇-〇〇 水戸〇〇ホテル 〇階〇〇号室		事前に提出する必要があること。
4 業務を行う期間	令和〇年 〇月 〇日～令和〇年 〇月 〇日		
5 添付書類	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) 1 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。

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。