第１号様式

施　術　所　開　設　届

|  |  |
| --- | --- |
| 開　設　者　住　所　　法人の場合は主たる　　　　　　　　　　　　　　　　 事務所の所在地 | 電　話 　　（　　　） FAX　　　（　　　） |
| 開設年月日 | 年　　月　　日 | 名　　称 | ふりがな |
| 開設の場所 | 台東区　　　　　　　　　　　　　　　　 　 電　 話　　　　（　　　　）　　　 FAX　　　（　　　　） |
| 業務の種類 | □あん摩マッサージ指圧　 　　　□はり　　　　　□きゅう |
| 業 　務　 に従事する施術者の氏 　名　 等 | ふ　り　が　な氏　　　　　名 | 目の見えない者 | 免許証交付者 | 免 許 証 番 号 | 登 録 年 月 日 |
|  |  | あはき | 厚生労働大臣都道府県 | 第　　　　　　号 | 年　　月　　日 |
|  |  | あはき | 厚生労働大臣都道府県 | 第　　　　　　号 | 年　　月　　日 |
|  |  | あはき | 厚生労働大臣都道府県 | 第　　　　　　号 | 年　　月　　日 |
|  |  | あはき | 厚生労働大臣都道府県 | 第　　　　　　号 | 年　　月　　日 |
|  |  | あはき | 厚生労働大臣都道府県 | 第　　　　　　号 | 年　　月　　日 |
| 構造設備の概 要 | 室　 　　　　　 項目 | 面　　　　　積 | 外気開放面積 | 換 気 装 置 |
| 専 用 の 施 術 室 | 　　　　　　㎡ | 　　　　　　㎡ | 有　　　　　無 |
| 待　 　合 　　室 | 　　　　　　㎡ | 　　　　　　㎡ |  |
| 器具、手指等の消毒設備 　　　 有　　　　　　　 　　　　　無 |
| 開設者の免許 | 有 　無 | 免許証交付者名・免許証番号・登録年月日 | 免許がない場合の本人確認運転免許証　その他（　　　　） |
| 施 術 日 等 | 施術曜日施術時間休 業 日 | 備考 |  |

　　上記により、届け出ます。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、法人名及び代表者名）

台東区台東保健所長　殿

上記の情報のうち、太枠の項目及び開設者氏名については、「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。公開について不都合があるときは、次の□の中にレを付けてください。

（チェック欄　☐）

　　（注意） １　該当する□の中に　レ　を付けること。

２　業務に従事する施術者の免許証の写しを添付し、原本を提示すること。

　　　　　　　 ３　平面図を添付すること。

　　　　　　　 ４　開設者が法人の場合は、法人の登記事項証明書及び定款（寄附行為）を添付すること。

　　　　　　　 ５　目の見えない者である場合は、目の見えない者の欄に　レ　を付けること。

　　　　　　　 ６　最寄駅から施術所までの案内図を添付すること。

　　 ７　開設者以外の者が届け出るときは委任状を添付すること。