

江東区保健所長殿

開設者 住所

ふりがな
氏名

印

電話番号 ()
ファクシミリ番号 ()

〔 法人にあつては、名称、主たる
事務所の所在地及び代表者の氏名 〕

施 術 所 開 設 届

施術所を開設したので、柔道整復師法第19条第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

1 名 称					
2 開 設 場 所	電話 () FAX ()				
3 開 設 年 月 日	平成 年 月 日				
4 業 務 の 種 類	柔道整復				
5 業務に従事する 柔道整復師の氏名	氏 名	免許を受けた都道府県名又は財団名 免許証番号及び登録年月日		確 認	
6 構造設備の概要	項目	面 積	外気開放面積	換 気 装 置	
	専 用 の 施 術 室	m ²	m ²	有 ・ 無	
	待 合 室	m ²	m ²	有 ・ 無	
	器具・手指の消毒設備	有 ・ 無			
7 開設者の免許	有・無	免許を受けた都道府県名又は財団名 免許証番号及び登録年月日		確 認	
8 施 術 日 時					

- 注意
- 1 業務に従事する施術者の免許証の写しを添付、または本証を提示すること。
 - 2 施術所の平面図を添付すること。
 - 3 開設者が法人の場合は、登記簿謄本及び定款（寄付行為）を添付すること。
 - 4 施術所への案内図を添付すること。