

様式第1号(第2条関係)

施 術 所 開 設 届

年 月 日

(あて先) 旭川市保健所長

開設者 住 所  
氏 名  
(法人にあっては、主たる  
事務所の所在地及び名称)

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。

- 1 開設年月日
- 2 名 称
- 3 開設の場所
- 4 業務の種類
- 5 業務に従事する施術者の氏名等

氏 名	業務の 種 類	免許を受けた 都道府県名	免許証(免許 証明書)番号	免 許 年月日	目が見えない者であ る場合には、その旨

6 施術所の構造設備の概要

施術室の面積	m <sup>2</sup>	外気に開放できる面積 又は換気装置の有無	m <sup>2</sup> 有 ・ 無
待合室の面積	m <sup>2</sup>	消 毒 設 備	

- (注) 1 厚生労働大臣から免許を受けた者である場合には、「免許を受けた都道府県名」欄に記入する必要はありません。
- 2 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12条の2第1項の規定により医業類似行為を業とすることができる者である場合には、「免許を受けた都道府県名」欄には同条に規定する届出を行った都道府県名を、「免許証(免許証明書)番号」欄には当該届出を行ったことを証する書面の番号を、「免許年月日」欄には当該届出を行った年月日をそれぞれ記入してください。