

第1号様式

年 月 日

高知市保健所長 様

住所
開設者
氏名
〔法人にあっては、主たる
事務所の所在地及び名称〕
年 月 日生
電話番号

あん摩マツサージ指圧（はり・きゅう・医業類似行為）施術所開設届

下記のとおりあん摩マツサージ指圧（はり・きゅう・医業類似行為）の施術所を開設したので、関係書類を添えて届け出ます。

記

名 称								
開 設 の 場 所								
開 設 年 月 日	年 月 日							
業 務 の 種 類	あん摩マツサージ指圧・はり・きゅう・医業類似行為							
業務に従事する 施術者の氏名等	氏 名							
	区 分	目が見える者・ 目が見えない者		目が見える者・ 目が見えない者		目が見える者・ 目が見えない者		
	業 務 の 種 類							
建物の構造概要	概 要	造 塗 ぶき 階建						
	平 家 建 ・ 二 階 建	建 築 積 面	m ²	施術室	m ²	施術室にお ける外気に 開放し得る 面 積		m ²
		建 築 延 面積	m ²	待合室	m ²			
施術に用いる器 具、手指等の消 毒設備	煮 沸 消 毒 設 備							
	薬 品 消 毒 設 備							
	蒸 気 消 毒 設 備							
	そ の 他 の 消 毒 設 備							
備 考								

添付書類

- 1 業務に従事する施術者の免許証等の写し
- 2 業務に関する広告内容の写し
- 3 施術所の平面図（各室名及び面積を計算できるようにメートル法で間取りを記入するとともに、施術室における外気に開放し得る部分を朱書すること。）

注意事項

- 1 開設後10日以内に届け出ること。
- 2 開設後10日を経過した場合は、遅延理由書を添えること。
- 3 業務に従事する施術者の氏名等の欄に記入できない場合は、別紙として添付すること。