

## 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	建築面積	m <sup>2</sup>	施術室	m <sup>2</sup>	施術室における外気に開放し得る面積
	二 階 建	建築延面積	m <sup>2</sup>	待合室	m <sup>2</sup>	
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きすること。）

## 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。