

第2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）
施術所開設事項変更届

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）の施術所の届出事項を変更したので、届け出ます。

記

名 称	
開 設 の 場 所	
開 設 年 月 日	年　月　日　開設
変更した事項	変更前
	変更後
変 更 年 月 日	年　月　日
変 更 の 理 由	
備 考	

添付書類

- 1 業務に従事する施術者のうち変更のあった者の免許証等の写し
- 2 建物の構造について変更があった場合は、その平面図（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、変更前の箇所は黒線で、変更後の箇所は青線で、施術室における外気に開放し得る部分を赤線でそれぞれ記入すること。）
- 3 業務の種類について変更があった場合は、業務に関する広告内容の写し

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に変更があった場合は、その者の区分（目が見える者・目が見えない者）及び業務の種類を併せて記入すること。