

第1号様式（第2条関係）

施 術 所 開 設 届					
開設者住所	（法人にあっては主たる事務所の所在地）			電話 ( )	
開設年月日	年 月 日		名称		
開設場所	電話 ( )				
業務の種類	あん摩マッサージ指圧 はり きゅう				
業務に従事する施術者の氏名等	氏 名	目の見えない者	免許証の交付者名、免許証番号および登録年月日	確認	
構造設備の概要	項目	面	積	外 気 開 放 面 積	換 気 装 置
	室				有 無
	専用の施術室		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	有 無
	待 合 室		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	有 無
	器 具 、 手 指 等 の 消 毒 設 備			有 無	
開設者の免許	有無	免許証の交付者名、免許証番号および登録年月日		確認	

上記により、届け出ます。  
 年 月 日  
 練馬区保健所長 殿

開設者氏名  
 （法人にあっては名称および代表者職氏名）

（注意）

- 1 該当する の中にレを付けること。
- 2 業務に従事する施術者の免許証を提示すること。
- 3 平面図を添付すること。
- 4 開設者が法人の場合は、登記事項証明書および定款(寄付行為)を添付すること。
- 5 目の見えない者の欄には、目の見えない者である場合にレを付けること。