

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	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	
			あ は き		
構造設備の 概要	室 \ 項目	面積	外気開放面積	換気装置	
	専用の施術室	m ²	m ²	有 無	
	待合室	m ²	m ²	有 無	
	器具・手指の消毒設備		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 に 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 を付けること。