

施 術 所 開 設 届

開設の場所	電話 ()				
名 称					
開設の年月日	年 月 日				
業務の種類	柔 道 整 復				
業務に従事する 柔道整復師の氏名	氏 名	免許番号及び免許年月日			確認
構造設備の概要		面 積	外気開放面積	換気装置	
	専用の施術室	㎡	㎡	有 無	
	待 合 室	㎡	㎡	有 無	
	器具、手指等の消毒設備			有 無	
開設者の免許	有 無	免許番号及び免許年月日			確認

上記により、届け出ます。

年 月 日

開設者 住 所

氏 名

印

電話番号 ()

(提出先)

足立区足立保健所長

- (注意)
- 1 業務に従事する柔道整復師の免許証を呈示すること。
 - 2 平面図を添付すること。
 - 3 開設者が法人の場合は、定款の写し及び登記事項証明書を添付すること。