出張施術業務開始届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　大阪市保健所長様

　　　　　　　　　　　　　　　　施術者住所

〒　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日生

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号：　　　－　　　　－　　　　　）

　下記のとおり出張施術業務を開始したので、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| １　業務の種類 |  　□あん摩マツサージ指圧　　□はり　　□きゆう |
| ２　業務開始年月日 |  　令和　　　年　　　月　　　日 |
| ３　施術に用いる器具 　　　　及　　び 　　　消毒設備の概要 |  |
| 【添付書類】 | 1業務に従事する施術者の免許証の写し**（原本との照合必要）**2 業務に従事する施術者の運転免許証等の本人確認書類の写し**（原本との照合必要）**3 履歴書 |
| ホームページ掲載確認欄 | 本市ホームページ上への掲載（氏名・業務の種類・電話番号の３点全て）希望の有無を記載ください。□希望する　　　　　　　　　　　　　　【希望する場合のホームページ掲載用電話番号：　　　　　-　　　　　　　-　　　　　　　】□希望しない |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  　保健福祉センター受付印 |  　大阪市保健所受付印 | 施設番号 |
|  |  |  |