

## 出張施術業務開始届出書

大阪市保健所長様

令和 年 月 日

施術者住所  
〒 -

フリガナ  
氏名

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	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 希望する 【希望する場合のホームページ掲載用電話番号: - - 】 <input type="checkbox"/> 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