

## 出張施術業務開始届出書

大阪市保健所長様 平成 年 月 日

施術者住所  
〒 -

フリガナ  
氏名 印

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"/> あん摩マツサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゆう
2 業務開始年月日	平成 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	法令に基づき届け出られた施術所の情報は本市ホームページ上で原則掲載します。 希望しない場合は、その理由を記載してください。 <input type="checkbox"/> 希望しない 【理由: <input type="checkbox"/> 社員福利厚生目的 <input type="checkbox"/> 防犯面 <input type="checkbox"/> 会員制 <input type="checkbox"/> その他( )】

保健福祉センター受付印	大阪市保健所受付印	施設番号

提出部数 2部

大阪市では法令に基づく開設手続きを行っている施術所の情報を本市ホームページに掲載しています。