滞在施術業務届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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：　　　－　　　　－　　　　　）

　下記のとおり滞在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 | 目が見えない者※ |
| □ |
| ２　業務を行う場所 |  |
| 　３　業務を行う期間 | 令和　　年　　月　　日から日間令和　　年　　月　　日まで |
| ４　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 施術場所の平面図及び見取り図 |

※あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律施行規則第24条第1項の規定による

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