

滞在施術業務届出書

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: - -)

下記のとおり滞在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	目が見えない者※
		<input type="checkbox"/>
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