

滞在施術業務届出書

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	平成 年 月 日から	日間
	平成 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

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ホームページに掲載しています。