

年 月 日

江戸川区江戸川保健所長 殿

住 所

開設者

氏 名

㊦

電話番号 ()

法人の場合は、主たる事務所の所在地及び名称・代表者職氏名

施 術 所 開 設 届

下記のとおり、施術所を開設したので、届け出ます。

※ 記載した個人情報は、柔道整復師法の施行に必要な限度で利用するほか、江戸川区情報公開条例に規定する不開示情報に該当しない開設者の氏名については、希望者からの求めに応じて情報提供します。

記

名 称	開設年月日		年 月 日	
開設場所	電話番号 ()			
業務の種類	柔 道 整 復			
業務に従事する柔道整復師の氏名	氏 名	免許証の交付者名及び 免許証番号・登録年月日		確認
構造設備の概要	室 項目	面 積	外気開放面積	換気装置
	専用の施術室	m ²	m ²	有 ・ 無
	待合室	m ²	m ²	有 ・ 無
	器具、手指等の消毒設備		有 ・ 無	
開設者の免許	有・無	免許証の交付者名及び 免許証番号・登録年月日	確 認	

(注意) 1 業務に従事する施術者の免許証を提示すること。

2 平面図を添付すること。

3 開設者が法人の場合は、定款又は寄附行為及び登記事項証明書を添付すること。