

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、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 ()				
業務の種類	☐ あん摩マツサージ指圧 ☐ はり ☐ きゅう				
業務に従事 する施術者 の 氏 名 等	氏 名	目の見え ない 者	免許証 の種類	免許証の交付者名、免許 証 番 号 及 び 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 の 消 毒 設 備		有 ・ 無		
開 設 者 の 免 許	有・無	免許証の交付者名、免許証 番 号 及 び 登 録 年 月 日		確 認	

- (注意)
- 1 該当する□の中にレを付けること。
 - 2 業務に従事する施術者の免許証を提示すること。
 - 3 平面図を添付すること。
 - 4 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。
 - 5 目の見えない者の欄には、目の見えない者である場合にレを付けること。