

第1号様式（第2条関係）

年 月 日

江戸川区江戸川保健所長 殿

住所 江戸川区松島〇-〇-〇
 開設者 氏名 江戸川 太朗 ㊟

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

名 称	〇×鍼灸治療院		開設年月日	平成〇年〇月〇日	
開設場所	江戸川区中央〇-〇-〇		電話	(****) ****	
業務の種類	<input checked="" type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input checked="" type="checkbox"/> はり <input checked="" type="checkbox"/> 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
	江戸川 太朗		あん摩	厚生労働大臣 第〇〇〇号平成〇年〇月〇日	
	江戸川 太朗		はり	厚生労働大臣 第〇〇〇号平成〇年〇月〇日	
	江戸川 太朗		きゅう	厚生労働大臣 第〇〇〇号平成〇年〇月〇日	
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	6.6 m ²	1.0 m ²	㊟ ・ 無	
	待合室	3.3 m ²	0.5 m ²	㊟ ・ 無	
	器具・手指の消毒設備		㊟ ・ 無		
開設者の免許	㊟・無	免許証の交付者名、免許証番号及び登録年月日	厚生労働大臣 第〇〇号平成〇年〇月〇日	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。