

## 施術所開設届出事項変更届

(あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師)

年 月 日

熊本市保健所長 (宛)

届出人 (開設者)

あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第9条の2第1項後段の規定により、次のとおり開設届出事項変更の届出をします。

|         |   |  |     |    |     |    |  |
|---------|---|--|-----|----|-----|----|--|
| 開設者     | 氏名<br><small>(法人の場合はその名称)</small>       |  |     |    |     |    |  |
|         | 住所<br><small>(法人の場合は主たる事務所の所在地)</small> | 〒  | TEL |    | FAX |    |  |
| 名称 (施設) |   |  |     |    |     |    |  |
| 開設の場所   |   | 〒  | TEL |    | FAX |    |  |
| 変更年月日   |   | 年 月 日  |     |    |     |    |  |
| 変更の理由   |   |  |     |    |     |    |  |
| 変更内容    |   | <input type="checkbox"/> 1 開設者の住所及び氏名<br><small>(法人の場合は名称及び主たる事務所の所在地)</small><br><input type="checkbox"/> 2 名称 (施設)<br><input type="checkbox"/> 3 開設の場所<br><input type="checkbox"/> 4 業務の種類<br><input type="checkbox"/> 5 従事者の異動<br><input type="checkbox"/> 6 構造設備の概要及び平面図 |     |    |     |    |  |
| 所長      | 首席<br>審議員                               | 課長   | 副課長 | 主幹 | 主査  | 係員 | 起案<br>本届出書を受理したの<br>で供覧します。<br><br><div style="text-align: right;">年 月 日</div> |
|         |   |  |     |    |     |    |  |
| 受付印     |   |  | 決裁印 |    |     |    |  |
|         |   |  |     |    |     |    |  |

|   |              | 新（変更後）   |          | 旧（変更前）   |
|---|--------------|----------|----------|----------|
| 開設者   | 氏名<br>(法人名称) |          |          |          |
|   | 住所           |          |          |          |
| 名称（施設）  |              |          |          |          |
| 開設の場所   |              |          |          |          |
| 業務の種類   |              | □あ □は □き |          | □あ □は □き |
| 業務に<br>従事する<br>施術者の<br>氏名等  | 氏名           | 免許の種類    | □あ □は □き |          |
|   |              | 視覚障害     | □        |          |
|   |              | 就業形態     | □施設内□出張  |          |
|   | 氏名           | 免許の種類    | □あ □は □き |          |
|   |              | 視覚障害     | □        |          |
|   |              | 就業形態     | □施設内□出張  |          |
|   | 氏名           | 免許の種類    | □あ □は □き |          |
|   |              | 視覚障害     | □        |          |
|   |              | 就業形態     | □施設内□出張  |          |
|   | 氏名           | 免許の種類    | □あ □は □き |          |
|   |              | 視覚障害     | □        |          |
|   |              | 就業形態     | □施設内□出張  |          |
| 構造設備  |              |          |          |          |
| <b>添付書類</b><br>上記の変更内容により、次の書類等を添付してください。<br>1又は2の場合（開設者が法人の場合に限ります。）定款（寄附行為）の写し（原本証明がされたものに限ります。）及び登記事項証明書<br>4又は5の場合 施術者の施術免許証の写し<br>6の場合 変更後の建物平面図 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施術室、待合室及び外気開放（窓）の寸法を記入してください。</li> <li>・ テナントの場合は施術所に該当する部分の平面図及び建物全体のうち当該部分の位置が分かる図面を添付してください。</li> <li>・ 消毒設備、強制換気設備及び外気開放・採光（窓）の位置を明示してください。</li> </ul> |              |          |          |          |
| <b>確認書類</b><br>上記の変更内容により、次の確認書類をご用意ください。<br>1又は2の場合（開設者が法人以外の場合に限ります。）開設者の運転免許証等の本人確認書類<br>4又は5の場合 施術者の運転免許証等の本人確認書類及び施術者の施術免許証の原本   |              |          |          |          |

備考1 該当する□にレを記入してください。

2 視覚障害の欄には、目が見えない者に該当する場合に記入してください。