

# 施術所開設届

(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項前段の規定により、次のとおり開設の届出をします。

開設者	氏名 (法人の場合はその名称)						
	住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)	〒	TEL	FAX			
名称 (施設)							
開設の場所		〒	TEL	FAX			
開設年月日		年 月 日					
業務の種類		<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師		<input type="checkbox"/> はり師		<input type="checkbox"/> きゆう師	
所長	首席 審議員	課長	副課長	主幹	主査	係員	起案 本届出書を受理したので 供覧します。  年 月 日
受付印			決裁印				

構造・設備の概要	建物の構造		自宅との兼用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 耐火構造	
			<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 複数階：( )階建ての( )階部分			
	施術室	面積	m <sup>2</sup>	換気の方法		
				強制換気	<input type="checkbox"/> 有	
					<input type="checkbox"/> 無	外気開放(窓)面積 m <sup>2</sup> (床面積に対する割合 / )
	採光		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	待合室	面積	m <sup>2</sup>			
	施術器具	種類	はり	使い捨て	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				使い捨て以外	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				電気	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
電気温灸器			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
その他						
消毒設備	手指	消毒薬の種類				
		<input type="checkbox"/> 逆性石鹼	<input type="checkbox"/> クレゾール	<input type="checkbox"/> アルコール		
	その他( )					
	器具	消毒方法				
<input type="checkbox"/> オートクレーブ		<input type="checkbox"/> 煮沸	<input type="checkbox"/> 薬品(薬品名 )			
その他( )						
業務に従事する施術者	氏名	免許種類	視覚障害	主な就業の形態		
		<input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> は <input type="checkbox"/> き	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 施設内	<input type="checkbox"/> 出張	
		<input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> は <input type="checkbox"/> き	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 施設内	<input type="checkbox"/> 出張	
		<input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> は <input type="checkbox"/> き	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 施設内	<input type="checkbox"/> 出張	
		<input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> は <input type="checkbox"/> き	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 施設内	<input type="checkbox"/> 出張	
		<input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> は <input type="checkbox"/> き	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 施設内	<input type="checkbox"/> 出張	
		<input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> は <input type="checkbox"/> き	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 施設内	<input type="checkbox"/> 出張	
添付書類						
1 開設者が法人の場合は定款(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 2 施術者の施術免許証の写し 3 敷地付近の見取図 4 建物の平面図 ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。						
確認書類						
1 開設者の運転免許証等の本人確認書類(開設者が法人以外の場合に限ります。) 2 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。