

出張施術業務開始届

年 月 日

熊本市保健所長（宛）

届出人（施術者）

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 3 前段の規定により、次のとおり業務を開始したので届け出ます。

届 出 人	氏 名						
	住 所	〒	TEL	FAX			
業 務 開 始 の 年 月 日		年 月 日					
業 務 の 種 類		<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧		<input type="checkbox"/> はり		<input type="checkbox"/> きゆう	
免 許 の 種 類		登 録 県 名	登 録 番 号	登 録 年 月 日	視 覚 障 害		
あん摩マッサージ指圧師			第 号	年 月 日	<input type="checkbox"/>		
は り 師			第 号	年 月 日	<input type="checkbox"/>		
き ゅ う 師			第 号	年 月 日	<input type="checkbox"/>		
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。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
受 付 印			決 裁 印				
添付書類 施術者の施術免許証の写し							
確認書類 施術者の運転免許証等の本人確認書類 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。