様式第８号

**滞在施術業務届**

　　　年　　　月　　　日

熊本市保健所長（宛）

届出人（施術者）

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第９条の４の規定により、次のとおり業務をしたいので届け出ます｡

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 滞在地 | 〒　　　　　　　TEL　　　　　　　　　FAX |
| 業務を行う場所 |  |
| 業務を行う期間 | 　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 業務の種類 | □あん摩マッサージ指圧 | □はり | □きゅう |
| 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 | □ |
| はり師 |  | 第　　　号 |  　年　月　日 | □ |
| きゅう師 |  | 第　　　号 |  　年　月　日 | □ |
| 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 |
|  |  |
| 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。