

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	<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"/>			
きゆう師		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。 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。