様式第２号

**施術所開設届**

（柔道整復師）

　　　年　　　月　　　日

熊本市保健所長（宛）

届出人（開設者）

柔道整復師法第１９条第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 |
| 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 | □有 □無 | □木造 　□耐火構造 |
| □平屋　　　　　□複数階：( )階建ての( )階部分 |
| 施術室 | 面積 | ㎡ | 換気の方法 |
| 強制換気 | □有 |
| □無 | 外気開放(窓)面積　　　　 ㎡(床面積に対する割合　 / ) |
| 採光 | □有　　□無 |
| 待合室 | 面積 | ㎡ |
| 施術器具 | 種類 | 電気光線器具 | □有　　□無 |
| その他 |  |
| 消毒設備 | 手指 | 消毒薬の種類 |
| □逆性石鹸 | □クレゾール | □アルコール |
| その他( ) |
| 業務に従事する施術者の氏名 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 添付書類１　開設者が法人の場合は登記事項証明書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　開設者の本人確認書類（開設者が個人の場合に限ります。）　　確認書類：運転免許証、健康保険証、障がい者手帳、マイナンバーカード、パスポート等２　施術者の本人確認書類　　※施術者が来所しない場合は写しの提出で可（開設者による原本証明が必要）確認書類：運転免許証、健康保険証、障がい者手帳、マイナンバーカード、パスポート等３　施術者の施術免許証の原本 |

備考　　該当する□にレを記入してください。