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1施術者の本人確認書類　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。