

滞在施術業務従事届

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市保健所長

滞在施術者 住所

氏名

(※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号

下記のとおり、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による滞在施術の業務を行います。

記

1 業務を行う場所

|  |
|--|
|  |
|--|

2 業務期間

|                     |
|---------------------|
| 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |
|---------------------|

3 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 (該当する□の中に✓を記入すること) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4 晴・盲の別

|       |
|-------|
| 晴 ・ 盲 |
|-------|

5 免許※

| 免許種別        | 登録番号 | 登録年月日 |
|-------------|------|-------|
| あん摩マッサージ指圧師 | 第 号  | 年 月 日 |
| はり師         | 第 号  | 年 月 日 |
| きゆう師        | 第 号  | 年 月 日 |

※ 免許証の写しを添付すること (免許証の原本を提示すること。)