

施術所（柔道整復）開設届

令和 年 月 日

（宛先）岡崎市保健所長

開設者 住所（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

氏名（法人の場合は、名称及び代表者の職・氏名）

（※）

（※）本人（代表者）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、柔道整復師法による施術所を開設しました。

記

1 施術所の名称等

名 称	
開設の場所	(電話番号)
開設年月日	令和 年 月 日
施術日及び 施術時間	

2 業務に従事する施術者の氏名等（※1）

氏 名	登録番号	登録年月日
	第 号	年 月 日
	第 号	年 月 日
	第 号	年 月 日
	第 号	年 月 日
	第 号	年 月 日

3 構造設備の概要（※2）

施術室 m ² 、待合室 m ²
施術室の外気開放面積 m ² 又は換気装置（有・無）、手指等の消毒設備（有・無）

※1 業務に従事する施術者の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。）。

2 付近の見取り図及び平面図を添付すること（平面図には各室の名称、寸法、設備等の位置を記載すること。）。