

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、きゅ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

☐あん摩マッサージ指圧

☐はり

☐きゅう

(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
きゅう師	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。）。