明施　様式第１号

**施術所開設届**

　　年　　月　　日

明石市長　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 － － （担当：　　　）

次のとおり　□ 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２第１項

□ 柔道整復師法第１９条第１項

に基づき施術所を開設したので届け出ます。

〔提出数〕２部（１部申請者控え）

〔提出日〕開設後１０日以内

〔添付書類〕

□開設者の本人確認書類（運転免許証・パスポート・身体障害者手帳など）の原本提示と写し

□従事する施術者の本人確認書類（運転免許証・パスポート・身体障害者手帳など）の原本提示と写し

※開設者名で原本証明した本人確認書類の写しでも可

□従事する施術者の免許証の写し（Ａ４サイズ　原本照合が必要）

□敷地周囲の見取図

□建物平面図

□履歴事項全部証明書（開設者が法人等の場合）

|  |  |
| --- | --- |
| １　 |  |
| ２　施術所の所在地 | 〒　　　－　　　　TEL　　　　－　　　　－　　　　　FAX　　　　－　　　　－　　　　 |
| ３　施術時間 | 日　月　火　水　木　金　土　　　　時　　分～　　　時　　分日　月　火　水　木　金　土　　　　時　　分～　　　時　　分休業日 |
| ４　業務の種類（該当項目を○で囲む） | (1)あん摩、マツサージ若しくは指圧(2)はり(3)きゆう(4)柔道整復 |
| ５　開　設　日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ６　従事する施術者 |
| 氏　　名 | 免許証の名称 | 登録年月日及び登録番号 | 目の状態※あはき法による |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |

|  |
| --- |
| ７　構造設備の概要及び平面図　 |
| 建物の平面図　※別紙添付可※各室の用途を記載すること |
| 待合室の面積 | 　　　　　　　　㎡ | 施術室の面積 | 　　　　　　　　㎡ |
| 換気部分（開放面積） | ㎡ | 換気装置 | 有　・　無 |
| 消毒設備及び消毒方法 |  |
| 敷地周囲の見取図　※別紙添付可 |