

# 施 術 所 開 設 届

開設者住所 [法人にあつては主たる事務所の所在地]	東京都〇〇区〇〇 〇〇丁目〇〇番地〇〇号 〇〇ビル〇F 電 話 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇			
開設年月日	〇〇年〇〇月〇〇	名称	〇 〇 整 骨 院	
開設場所	東京都豊島区〇〇 〇〇丁目〇〇番地〇〇号 〇〇ビル〇F 電 話 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇			
業務の種類	柔 道 整 復			
業務に従事する柔道整復師の氏名	氏 名	免許証の交付者名、免許証番号及び登録年月日	確 認	
	〇 〇 〇 〇	厚生労働大臣 〇〇〇〇〇〇号 平成〇年〇月〇〇日		
構造設備の概要	項目	面 積	外気開放面積	換気装置
	専用の施術室	〇.〇〇㎡	〇.〇〇㎡	<input checked="" type="checkbox"/> 有 無
	待 合 室	〇.〇〇㎡	〇.〇〇㎡	<input checked="" type="checkbox"/> 有 無
	器具、手指等の消毒設備		<input checked="" type="checkbox"/> 有	無
開設者の免許	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	免許証の交付者名、免許証番号及び登録年月日	厚生労働大臣 〇〇〇〇〇〇号 平成〇年〇月〇〇日	確 認

上記により、届け出ます。

〇〇年〇〇月〇〇日

開設者氏名 〇 〇 〇 〇  印  
(法人にあつては名称及び代表者職氏)

豊島区池袋保健所長 様

個人開設の場合は、  
押印不要です

- (注意)
- 1 業務に従事する柔道整復師の免許証を提示すること。
  - 2 平面図を添付すること。
  - 3 開設者が法人の場合は、登記簿謄本及び定款(寄附行為)を添付すること。