様式第２号

施術所開設届

年　　月　　日

　（宛先）所沢市長

住所

氏名

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあつては、その名称、主たる

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事務所の所在地及び代表者の氏名

　下記のとおり施術所を開設したので届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施  術  所 | 名称 |  | | |
| 開設年月日 |  | | |
| 開設場所 | 所沢市 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 業務の種類 | ☐あん摩マツサージ指圧　☐はり　☐きゆう | | |
| 施  術  者 | 氏名 | 免許の種別 | 免許証番号 | 免許都道府県名 |
|  | ☐あん摩マツサージ指圧 |  |  |
| ☐はり |  |  |
| ☐きゆう |  |  |
|  | ☐あん摩マツサージ指圧 |  |  |
| ☐はり |  |  |
| ☐きゆう |  |  |
|  | ☐あん摩マツサージ指圧 |  |  |
| ☐はり |  |  |
| ☐きゆう |  |  |
|  | ☐あん摩マツサージ指圧 |  |  |
| ☐はり |  |  |
| ☐きゆう |  |  |
| 構造設備の概要 | 施術室 | 面積 | 平方メートル | |
| 外気開放面積 | 平方メートル | |
| 換気装置 | 有　・　無 | |
| 待合室 | 平方メートル | | |
| 消毒設備 |  | | |
| 備考 |  | | | |

　　　注　1　施術所の平面図を添付してください。

　　　　　2　施術者が目が見えない者については、その氏名を備考欄に記載してください。