

施 術 所 開 設 届

令和 年 月 日

相模原市保健所長 あて

住 所

氏 名

印

（法人にあつては主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

電話番号 （ ）

柔道整復師法第19条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

名 称					
開 設 の 場 所				電話番号	()
開 設 年 月 日	令和 年 月 日				
業 務 に 従 事 す る 柔 道 整 復 師	氏 名	免許発行所管	登 録 番 号	登 録 年 月 日	確 認
の 構 造 概 設 要 備	施 術 室 の 面 積	待 合 室 の 面 積	外 気 に 開 放 可 能 な 窓 等 の 数	換 気 装 置 の 種 類 及 び 数	
	m ²	m ²	箇所	箇所	
	手 指 等 の 消 毒 設 備				
	施 術 器 具 の 消 毒 設 備				
	そ の 他				

印の欄は記入しないでください。

添付書類

- 1 業務に従事する施術者の柔道整復師免許証の写し（届出時に柔道整復師免許証原本も提示）
- 2 所在地周囲の見取図
- 3 建物の平面図（各室の用途及び寸法をメートル単位で示し、主な器具、機械等の配置も記入）