

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)		電話 ()			
開設 年月日	年 月 日	名称			
開設場所	板橋区		電話 ()		
業務の種類	柔道整復				
業務に 従事する 施術者の 氏名等	氏 名	免許証の交付者名、免許証番号 及び登録年月日			確 認
		、 第 号 年 月 日	※保健所使用欄		
		、 第 号 年 月 日			
		、 第 号 年 月 日			
		、 第 号 年 月 日			
		、 第 号 年 月 日			
		、 第 号 年 月 日			
構造設 備の概 要	項 目	面 積	外気開放面積	換 気 装 置	
	室				
	専用の施術室	㎡	㎡	有 無	
	待 合 室	㎡	㎡	有 無	
	器具、手指等の消毒設備		有 無		
開設者の 免許	有 無	免許証の交付者 名、免許証番号 及び登録年月日	、 第 号 年 月 日	確 認	※保健所使用欄

上記により届出します。

年 月 日

開設者氏名

(法人の場合は、名称及び代表者職氏名)

【担当者名： 担当者連絡先： 】

(あて先) 板橋区保健所長

- (注意) 1 業務に従事する施術者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。