

年 月 日

高 松 市 保 健 所 長

開設者 住所
氏名

法人にあっては、主たる事務所の所在地
並びに名称及び代表者の氏名

施 術 所 開 設 届

次のとおり施術所を開設したので、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第 9 条の 2 第 1 項前段の規定により届けます。

開 設 年 月 日	年 月 日			
名 称	TEL:			
開 設 の 場 所	〒 高松市 町			
業 務 の 種 類				
業務に従事する施術者の氏名及び当該施術者が目が見えない者である場合にはその旨				
構 造 設 備 の 概 要	項目 室	面 積	外気開放面積	換 気 装 置
	専用の施術室	m ²	m ²	有 無
	待 合 室	m ²	m ²	有 無
	器具、手指等の消毒設備	有 無		

備考 次の書類を添付してください。

- 1 業務に従事する施術者の免許証又は免許証明書の写し
- 2 施術所の平面図