

施術所開設届

(宛先)
広島市保健所長

〒
開設者住所 _____
(電話)

氏名 _____
(法人にあっては主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名)

施術所の開設について、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
柔道整復師法第19条第1項
の規定により届け出ます。

名 称						
開 設 の 場 所	〒 広島市 区 (電話) (FAX) (E-mail)					
開 設 年 月 日	年 月 日					
業 務 の 種 類 <small>該当するものに☑を入れてください。各法律に基づく施術所を併設する場合は、それぞれ開設届が必要です。</small>	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に基づく施術所			柔道整復師法に基づく施術所		
	☐ あん摩マッサージ指圧 ☐ はり ☐ きゆう			☐ 柔道整復		
業 務 に 従 事 す る 施 術 者	氏 名	免許の種類	登録番号	登録年月日	目の見えない者である場合は☑を入れてください	保 健 所 使 用 欄 ☐ 本人確認 ☐ 資格確認 ⑤ ☐ 本人確認 ☐ 資格確認 ⑤
		☐ あん摩マッサージ指圧師	第 号	年 月 日	☐	
		☐ はり師	第 号	年 月 日		
		☐ きゆう師	第 号	年 月 日		
		☐ 柔道整復師	第 号	年 月 日		
		☐ あん摩マッサージ指圧師	第 号	年 月 日	☐	
		☐ はり師	第 号	年 月 日		
		☐ きゆう師	第 号	年 月 日		
	☐ 柔道整復師	第 号	年 月 日			
構 造 設 備 の 概 要	施術室の面積	㎡ (6.6㎡以上)		待合室の面積	㎡ (3.3㎡以上)	
	換気面積	㎡ (施術室面積の1/7以上)		換気装置の有無	☐ 有 ☐ 無	
	消毒設備	手指： 器具： 施術の局部（はりの場合）：				
担当者所属・氏名等	(電話)					

次頁へ続く。

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	開設者確認	施設調査年月日	☐ 届出書記載事項に相違ない。			審査者
	(受付)		(伺い)			
	係	専門員	係	係長	課長	

業務に従事する施術者

氏名	免許の種類	登録番号	登録年月日	目の見えない者である場合は☑を入れてください	保健所 使用欄
	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師	第 号	年 月 日	□	<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 資格確認 (印)
	<input type="checkbox"/> はり師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> きゅう師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 柔道整復師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師	第 号	年 月 日	□	<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 資格確認 (印)
	<input type="checkbox"/> はり師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> きゅう師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 柔道整復師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師	第 号	年 月 日	□	<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 資格確認 (印)
	<input type="checkbox"/> はり師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> きゅう師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 柔道整復師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師	第 号	年 月 日	□	<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 資格確認 (印)
	<input type="checkbox"/> はり師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> きゅう師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 柔道整復師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師	第 号	年 月 日	□	<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 資格確認 (印)
	<input type="checkbox"/> はり師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> きゅう師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 柔道整復師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師	第 号	年 月 日	□	<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 資格確認 (印)
	<input type="checkbox"/> はり師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> きゅう師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 柔道整復師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師	第 号	年 月 日	□	<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 資格確認 (印)
	<input type="checkbox"/> はり師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> きゅう師	第 号	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 柔道整復師	第 号	年 月 日		

※軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します。(承諾されない方はお申し出ください。)

※届出時に資格確認及び本人確認を行いますので、次の書類をお持ちください。

- ・官公署が発行した施術者の本人確認書類（運転免許証・旅券・身体障害者手帳等）
- ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師の免許証の原本
- ・開設者の確認書類

開設者が個人の場合：官公署が発行した開設者の本人確認書類（運転免許証・旅券・身体障害者手帳等）の原本
 開設者が法人の場合：法人の登記事項証明書の原本（発行から概ね3か月以内のもの）

(添付書類)

- ・施術所の平面図（施術室・待合室・窓の寸法、施術台（ベッド）・施術器具・消毒設備・ドア・換気装置の位置がわかるもの）
- ・(窓口にて施術者の本人確認書類の原本提示ができない場合)業務に従事する施術者本人である事を証する書類