

様式1【別添】

<p>5 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</p> <p>(保有する資格欄及び盲の場合は□にチェックを記載)</p>	氏名：
	<input type="checkbox"/> あんまマッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> 盲
	氏名：
	<input type="checkbox"/> あんまマッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> 盲
	氏名：
	<input type="checkbox"/> あんまマッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> 盲
	氏名：
	<input type="checkbox"/> あんまマッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> 盲
	氏名：
	<input type="checkbox"/> あんまマッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> 盲
	氏名：
	<input type="checkbox"/> あんまマッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> 盲
	氏名：
	<input type="checkbox"/> あんまマッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> 盲
	氏名：
	<input type="checkbox"/> あんまマッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> 盲
	氏名：
	<input type="checkbox"/> あんまマッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> 盲
	氏名：
	<input type="checkbox"/> あんまマッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> 盲