

施 術 所 届 出 事 項 変 更 届 出 書

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

施術所開設者 (〒 -)

住所:

氏名:

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名)

下記のとおり、施術所の届出事項に変更を生じたので届け出ます。

1 名称		
2 開設の場所	〒 - 電話番号: - -	
3 業務の種類	<input type="checkbox"/> あんまマッサージ指圧	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう
4 変更事項 ※開設者の交代及び 開設場所の移転の 場合は、廃止・開設 の手続による	<input type="checkbox"/> ①開設者の氏名及び住所	<input type="checkbox"/> ④業務の種類
	<input type="checkbox"/> ②名称	<input type="checkbox"/> ⑤業務に従事する施術者の氏名
	<input type="checkbox"/> ③開設の場所	<input type="checkbox"/> ⑥構造設備の概要
	新	旧
①開設者の氏名 及び住所	(住所) (氏名)	(住所) (氏名)
②名称		
③開設の場所		
④業務の種類	<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"/> あんまマッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう
⑤業務に従事する 施術者の氏名 (保有する資格及び 目が見えない者で ある場合には盲を 丸で囲む) (書ききれない場合 は別添)	氏名: (あ・は・き・盲)	氏名: (あ・は・き・盲)
	氏名: (あ・は・き・盲)	氏名: (あ・は・き・盲)
	氏名: (あ・は・き・盲)	氏名: (あ・は・き・盲)
	氏名: (あ・は・き・盲)	氏名: (あ・は・き・盲)
	氏名: (あ・は・き・盲)	氏名: (あ・は・き・盲)
	氏名: (あ・は・き・盲)	氏名: (あ・は・き・盲)
	氏名: (あ・は・き・盲)	氏名: (あ・は・き・盲)
⑥構造設備の概要	別添施術所の平面図のとおり	別添施術所の平面図のとおり
5 変更年月日	令和 年 月 日	
6 変更の理由		

【添付書類】

- 業務に従事する施術者について変更があったときは、新たに業務に従事することとなった施術者の免許証原本及びその写し
(原本との照合必要)
- 構造設備を変更したときは、施術所の平面図及び周囲の見取図
(各室の名称及び面積並びに壁、扉、ベッド及び換気装置の場所を記載)

堺市保健所受付印