

滞在施術業務届出書

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

施術者 (〒 - )

住所:

氏名:

下記のとおり、滞在して施術業務を行いたいため届け出ます。

1 業務を行う場所	〒 -		
2 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  (保有する資格欄及び盲の場合は□にチェックを記載)	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		
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 業務を行う期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)		
5 施術に用いる器具 及び消毒設備の概要			

【添付書類】

- 業務に従事する施術者の免許証原本及びその写し  
(原本との照合必要)
- 施術場所の平面図  
(各室の名称及び面積並びに壁、扉、ベッドの場所を記載)
- 施術場所周囲の見取図

【留意事項】

滞在施術業務を行うに当たり、運転免許証等により、施術者の本人確認を行います。

堺市保健所受付印