

## 施 術 所 開 設 届 出 （ あ ん 摩 マ ッ サ ー ジ 指 圧 ・ は り ・ き ゅ う ）

### 届出書類チェック表

チェック欄	届出書類
	施術所開設届出書
	業務に従事する施術者の氏名一覧
	開設者の運転免許証等（本人確認ができるもの） ※ 職員が本人確認後、返却します。
	業務に従事する施術者の免許証の写し
	業務に従事する施術者の免許証の原本 ※ 職員が施術者の免許証と原本照合後、返却します。
	業務に従事する施術者の運転免許証等（本人確認ができるもの） ※ 職員が本人確認後、返却します。
	施術所の平面図
	周囲の見取図
	<開設者が法人の場合> 登記事項証明書の写し
	<届出が開設後10日を超えた場合> 遅延理由書

- ◆ 届出書の様式や添付書類、留意事項及び届出書の記入例については、茨城県保健福祉部医療局医療人材課ホームページをご覧ください。
- ◆ 届出様式はダウンロードできます。

## 施 術 所 開 設 届 出 書

年 月 日

茨 城 県 知 事 殿

( 保健所長 殿)

(開設者が法人の場合は法人名称及び主たる事務所の所在地・代表者名を記載)

施術所の開設者 住 所  
氏 名

年 月 日生

T E L

F A X

下記のとおり施術所を開設したので届け出ます。

記

1	施術所の名称		
2	開設場所及び 電話番号	T E L _____	F A X _____
3	開設年月日	年 月 日	
4	業務の種類	あん摩マッサージ指圧・はり・きゆう (※○で囲む)	
5	業務に従事する 施術者(開設者) の氏名	_____ ( 盲 ) (※目が見えない者である場合は、盲に○を付す)	
6	構造設備の概要	施 術 室	m <sup>2</sup> (6.6 m <sup>2</sup> 以上)
		待 合 室	m <sup>2</sup> (3.3 m <sup>2</sup> 以上)
		外気開放面積	m <sup>2</sup> (室面積の1/7以上)
		換 気 設 備	有 ・ 無
7	施術に用いる器 具及び消毒設備 の概要	ベ ッ ド	台
		消毒設備の内容	
		そ の 他	

業務に従事する施術者の氏名一覧

氏名 生年月日	免許番号			
	あん摩 マッサージ指圧師	はり師	きゅう師	盲か否か ※目の見えな い者の場合 レ点を付す。
年 月 日生	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	

■職歴： ( 年～) ( 年～)  
( 年～) ( 年～)  
( 年～) ( 年～)

■兼務する施術所の有無（あり・なし）  
 <ありの場合> 兼務する施術所の名称：  
 兼務する施術所の所在地：  
 兼務する施術所での従事時間：

■罰金以上の刑、業務に関する犯罪または不正の行為（療養費不正請求等）など免許欠格事項への該当（あり・なし）

氏名 生年月日	免許番号			
	あん摩 マッサージ指圧師	はり師	きゅう師	盲か否か ※目の見えな い者である 場合レ点を 付す。
年 月 日生	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	

■職歴： ( 年～) ( 年～)  
( 年～) ( 年～)  
( 年～) ( 年～)

■兼務する施術所の有無（あり・なし）  
 <ありの場合> 兼務する施術所の名称：  
 兼務する施術所の所在地：  
 兼務する施術所での従事時間：

■罰金以上の刑、業務に関する犯罪または不正の行為（療養費不正請求等）など免許欠格事項への該当（あり・なし）

※ 目の見えない者の欄には、おおむね、視覚支援学校、視力障害センター等の卒業者であればレをつけてください。また、弱視の場合も同様としてください。