

別記第1号様式（第2条関係）

施 術 所 開 設 届

開 設 の 年 月 日	年 月 日	名 称			
開 設 の 場 所	荒川区 丁目 番 号 電話 ()				
業 務 の 種 類	柔道整復				
業務に従事する柔道整復師の氏名	氏 名	免許の付与者名、登録番号及び登録年月日			確 認
構造設備の概要	項目 室	面	積	外 気 開 放 面 積	換気装置
	専 用 の 施 術 室		m ²	m ²	有 無
	待 合 室		m ²		
	器 具 、 手 指 等 の 消 毒 設 備			有 ・ 無	
開 設 者 の 免 許	有 ・ 無	免許の付与者名、登録番号及び登録年月日			確 認

上記により、届け出ます。

年 月 日

住所.....

(法人の場合は主たる事務所の所在地)

開設者

氏名.....

(法人の場合は名称及び代表者氏名)

電話 ()

荒川区保健所長 殿

(注意) 1 業務に従事する柔道整復師の免許証を提示すること。

2 平面図を添付すること。

3 開設者が法人の場合は、定款又は寄附行為の写し及び登記事項証明書を添付すること。