

第1号様式（第2条関係）

施 術 所 開 設 届					
開設者住所	（法人にあっては主たる 事務所の所在地）			電話（ ）	
開設年月日	年	月	日	名称	
開設場所	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	免許を受けた都道府県名、免許証番号および登録年月日			確 認
構造設備の 概 要	項目	面 積	外 気 開 放 面 積	換 気 装 置	
	室			有	無
	専用の施術室	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	有	無
	待 合 室	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	有	無
	器具、手指等の消毒設備		有	無	
開設者の免許	有 無	免許を受けた都道府県名、免許証番号および登録年月日		確 認	

上記により、届け出ます。

年 月 日

練馬区保健所長 殿

開設者氏名

（法人にあっては名称および代表者職氏名）

（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、登記事項証明書および定款（寄附行為）を添付すること。