|  |
| --- |
| 出張施術業務開始届出証明願  　　年　　月　　日  　大阪府知事  　　　　　　　　　様  開設者住所  氏　　　名  　　年　　月　　日生  下記の事項について「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第９条の３」の規定により出張施術業務開始の届出を行ったことを証明願います。  記  １　出張施術を行う者の氏名  ２　出張施術を行う者の住所  ３　業務開始の年月日　　　　　　　　　　　年　　月　　日  ４　業務の種類  ５　願出理由  　　上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明する。  　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　第　　　　　　　号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保健所長　　　　　　　　　　　印 |