様式第1号(第2条関係) **（あはき用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施術所開設届出書　　　　　　年　　　月　　　日　大阪府知事　　　　　　　　　様施術所の開設者　住　所　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生　下記のとおり施術所を開設しました。記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １． | 施術所の名称 |  |
| ２． | 開設の場所及 び電話番号 | 〒 |  |
|  |
| 電話番号 | 　　　　　　　　（　　　　　） |
| ３． | 開設年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ４． | 業務の種類（当てはまるものに○） | あん摩マツサージ指圧　　・　　はり　　・　　きゆう |
| ５． | 業務に従事する施術者の氏名(目が見えない者である場合は、その旨) |  |  |
| 目が見えない者である旨　□ | 目が見えない者である旨　□ |
|  |  |
| 目が見えない者である旨　□ | 目が見えない者である旨　□ |
|  |  |
| 目が見えない者である旨　□ | 目が見えない者である旨　□ |
| ６． | 構造設備の概要 | 施術室 |  | ㎡ | 待合室 |  | ㎡ |  |  |
| 外気開放面積 |  | ㎡ |  |
| 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 |  |

添付書類 : 1　業務に従事する施術者の免許証の写し　　　　　 2　施術所の平面図　　　　　 3　周囲の見取図 |

※開設者（法人を除く）及び業務に従事する施術者の本人確認書類（運転免許証等）の

※保健所受付印

　写しも併せてご提出ください。

※「添付書類1」及び「開設者（法人を除く）及び業務に従事する施術者の本人確認書類

　（運転免許証等）」は、窓口にて原本の提示をお願いします。

※目の見えない者の欄には、目の見えない者である場合に☑をつけてください。

　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☑をつけてください。

※健康被害を防ぐため、府条例に基づき、記載内容の一部を公開する場合があります。