

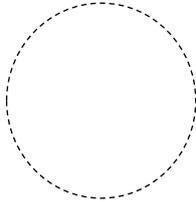
## 施 術 所 届 出 事 項 変 更 届

（あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等）

年 月 日

藤沢市保健所長

〒 ー



開設者 住 所

ふりがな  
氏 名

電 話

（法人の場合、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名）

施術所（あん摩マッサージ指圧師等）の届出事項に変更を生じたので、次のとおり届け出ます。

施 術 所	ふりがな 名 称					
	開設の場所	〒 ー 電話 ー ー				
変 更 事 項	<input type="checkbox"/> 開設者の氏名及び住所（法人の場合、名称及び主たる事務所の所在地） <input type="checkbox"/> 施術所の名称 <input type="checkbox"/> 従事する施術者 <input type="checkbox"/> 構造設備 <input type="checkbox"/> 業務の種類 <input type="checkbox"/> 開設場所の住居表示・建物名称 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
変 更 年 月 日	年 月 日					
変更内容	変更前					
	変更後					
新規施術者に関する 変更後の業務の種類	氏 名	業務の種類	目が見えない方の場合「○」	免許発行所管	登 録 番 号	登録年月日
		<input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> は <input type="checkbox"/> き		厚 都 道 府 県 第	号	
		<input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> は <input type="checkbox"/> き		厚 都 道 府 県 第	号	
		<input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> は <input type="checkbox"/> き		厚 都 道 府 県 第	号	
		<input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> は <input type="checkbox"/> き		厚 都 道 府 県 第	号	
		<input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> は <input type="checkbox"/> き		厚 都 道 府 県 第	号	

（裏面へ続く）

以下、保健所事務処理欄

施行番号：2022-2022-

施設番号：

標記のとおり届出があったため、受理するものです。

起案年月日	所 長	副所長	課 長	主 幹	課長補佐	主 査	担 当	起案者
決裁年月日								

(表面から続く)

施 術 所 の 平 面 図	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり (変更前)
	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり (変更後)

注意事項

- ・ 施術所の平面図は寸法をメートル単位で示し、設備、装置等の配置も記入してください。

添付書類

- ・ 業務に従事する施術者を追加する場合
  - ①業務で利用する資格の免許証（原本持参、写し添付）
  - ②本人を確認できるもの（マイナンバーカード、運転免許証等）（原本持参、写し添付）
    - \* 本人確認書類に関しては、開設者が原本照合を行った場合に限りコピーでも可。
- ・ その他、変更内容について、変更前後の違いがわかるもの（原本持参、写し添付）