

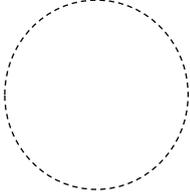
### 市内滞在業務開始届

（あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等）

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）

次のとおり藤沢市内に滞在してあん摩マッサージ指圧師等の業務を開始したいので、届け出ます。

業務を行う期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
業務を行う場所	〒 ー 電話 ー ー 藤沢市			
業務の種類	<input type="checkbox"/> あん摩・マッサージ・指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゆう			目が見えない場合には○を付けてください
業務に使用する免許	免許の種類	免許発行所管	登録番号	登録年月日
	あん摩マッサージ指圧師	厚 都道府県	第 号	
	はり師	厚 都道府県	第 号	
	きゆう師	厚 都道府県	第 号	

添付書類

- ・ 施術者の業務に係る資格免許証（原本持参、写し添付）
- ・ 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）

以下、保健所使用欄

施行番号：202-206-

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								