**施　術　所　開　設　届**

年　　　月　　　日

福　山　市　保　健　所　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名前

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人については、名称及び

　次のとおり、開設しました。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　施術所の名称 |  | 業務の種　類 | 　　柔道整復 |
| 　電話番号 |  |
| 　開設の場所 |  | 開　設年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 　業務に従事す　る柔道整復師　の名前 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 構造設備の概要 | 施　術　室 | 待　合　室 | 換気装置の有無 | 消毒設備の有無 |
| 　　　　　㎡ | 　　　　　㎡ | 　　　　　　　㎡　　有　・　無 | 　有　・　無 |
| 施術所の平面図 | 　別紙図面のとおり |