**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 | | | | | | |