滞在施術業務開始届

年　　　　月　　　　日

福　山　市　保　健　所　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名前

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　　）

**次のとおり、滞在して業務を行います。**

１　業務の種類

２　業務を行う場所及びその期間

３　目が見えない者である場合には、その旨