

第1号様式（第2条関係）

年 月 日 ※1

（あて先）浜松市保健所長

住所（所在地）

届出者 ※2

氏名（名称及び代表者氏名）

施術所開設届

施術所を開設したので、柔道整復師法第19条第1項前段の規定により次のとおり届出ます。

記

開設者	住所（所在地）				
	氏名（名称及び代表者氏名）				
開設の年月日	年 月 日 ※3				
（ふりがな） 施術所の名称	※4			TEL	
開設の場所					
業務に従事する 施術者 ※5	氏名	業務の種類	免許番号	免許年月日	その他
構造設備の概要	施術室 ※6	m ²	換気装置：有・無 (開放面積 m ²)	待合室 ※7	m ²
		m ²	換気装置：有・無 (開放面積 m ²)		
	器具・手指等の消毒設備		※8		

添付書類

- 免許証の写し、原本
- 施術所平面図
- 案内図

施術所開設届記入上の注意

浜松市保健所 保健総務課 医事薬事 G
〒432-8550 浜松市中央区鴨江二丁目 11-2
TEL (053)453-6135

※1※3

開設後10日以内に届出て下さい。

※2

個人による開設の場合は 開設者の **自宅住所**、**氏名**
法人による開設の場合は **法人名**、**代表者名**で届出て下さい。

※4

病院、診療所等と紛らわしい名称はつけられません。

※5

常勤・非常勤に係らず 従事する施術者を全て 記入し、
免許証の写しを添付して下さい。
業務の種類欄はあん摩・はり・きゅうの別を記入して下さい。
その他欄は目が見えない者である場合にはその旨を記入して下さい。

※6※7

室面積は内寸で測定して下さい。

○施術室は6.6㎡以上

室面積の1/7以上の開放又は適当な換気装置が必要です。

○待合室は3.3㎡以上必要です。

※8

具体的に記入して下さい。(例)オートクレーブ、消毒用エタノール 等

以下のことが生じたらそれぞれの手続きをして下さい。

○従事者の変更、名称の変更、構造設備の変更には

開設届出事項変更届が必要です。(移転の場合はご相談下さい。)

○休止・廃止する時は、事後10日以内に**廃止・休止届**が必要です。