

施術者出張専門業務開始届

年 月 日

相模原市保健所長 殿

住 所
氏 名
電話番号 ()

次のとおり届け出ます。

開始年月日	年 月 日				
業務の種類	<input type="checkbox"/> あん摩 <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう				
目が見えないものであるときはその旨					
資格	免許発行所	登録番号	登録年月日	備考	※確認
あん摩マッサージ指圧師		第 号	年 月 日		
はり師		第 号	年 月 日		
きゅう師		第 号	年 月 日		

※印の欄は記入しないでください。

添付書類

資格免許証の写し（届出時に資格免許証原本も提示）