

様式第2号

# 施術所開設届

届出書を提出した日

令和6年4月3日

(宛先) 所沢市長

開設者本人の住所、氏名、電話番号  
 【個人開設】※代理の場合は写し提出  
 開設者の本人確認（運転免許証 等）  
 【法人開設】※要提出  
 履歴事項全部証明書（写し）

住所 所沢市並木1-1-1

氏名 所沢 太郎

電話番号 080-1111-2222

法人にあつては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名

名称が法に違反しないかご注意ください。  
(例：はりクリニック、鍼灸診療所 等)

下記のとおり施術所を開設したので届け出ます。

記

施術所の営業を開始した日  
(=オープン日) ※未来日は不可

施術 所	名称	トコロン鍼灸マッサージ院		
	開設年月日	令和6年4月1日		
	開設場所	所沢市小手指町1-23-3-301		
	電話番号	04-2998-1111		
施 術 者	業務の種類	<input checked="" type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input checked="" type="checkbox"/> はり <input checked="" type="checkbox"/> きゆう		
	氏名	免許の種類別	免許証番号	免許都道府県名
	所沢 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧	第13579号	埼玉県
		<input checked="" type="checkbox"/> はり	第12345号	〃
		<input checked="" type="checkbox"/> きゆう	第54321号	〃
	所沢 花子	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧		
		<input checked="" type="checkbox"/> はり	第11111号	東京都
		<input checked="" type="checkbox"/> きゆう	第22222号	〃
		<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧		
	造 設 備 の 概 要	面積	15.0	平方メートル
外気開放面積		4.5	平方メートル	
換気装置		有	無	
備 考	待合室	5.0	平方メートル	
	消毒設備	アルコール		
備考		所沢 花子(視覚障害有)		

施術所の電話番号

開設者が施術者の場合は改めて記載してください。

【添付書類】※要原本照合

資格免許証写し

※必ず原本もお持ちください。

賃貸借契約書写し

※持ち家の場合は不要です。

平面図

施術者ごとに該当の「免許の種類別」にチェックし、各免許証番号、免許都道府県名を記載してください。

施術室は6.6㎡以上  
待合室は3.3㎡以上

アルコール、エタノール等を記載してください。

注意書き2の該当者がいる場合に記載してください。

注 1 施術所の平面図を添付してください。

2 施術者が目が見えない者については、その氏名を備考欄に記載してください。

換気装置が「無」の場合、必ず「外気開放面積」が室面積の1/7を超えているかをご確認ください。