

出張業務開始届

届出書を提出した日

令和6年6月10日

(宛先) 所沢市長

出張業務を行う本人の住所、氏名、電話番号

住所 所沢市山口1234-5

氏名 所沢 四郎

電話番号 090-1234-5678

【添付書類】

 資格免許証写し **※要原本照合**

※必ず原本もご用意ください。

 本人確認書類写し (運転免許証 等)

したので届け出ます。

該当の「免許の種別」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。

| | 免許の種別 | 免許取得年月日 | 免許証番号 | 免許都道府県名 |
|--------|--|--|---|-----------|
| 免許情報 | <input checked="" type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 | 平成30年4月1日 | 第112233号 | 埼玉県 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> はい | 平成30年4月1日 | 第445566号 | ” |
| | <input checked="" type="checkbox"/> きゆう | 平成30年4月1日 | 第778899号 | ” |
| 開始年月日 | 令和6年6月1日 | | | |
| 業務の種類 | <input checked="" type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 | <input checked="" type="checkbox"/> はい | <input checked="" type="checkbox"/> きゆう | 該当業種にチェック |
| 業務実施場所 | 業務活動範囲を記載してください。 【例】所沢市内、所沢市・入間市・狭山市 等 | | | |
| 備考 | 注意書きに該当する場合に記載してください。 【例】視覚障害有 | | | |

注 施術者が目が見えない者である場合には、その旨を備考欄に記載してください。