施術所開設届出済証明願

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福井市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　(※)

　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称および代表者の氏名）

(※)本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。

（連絡先電話番号　　　　　　　　　　　　　）

あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第9条の2第1項前段の規定により、次のとおり届出を行ったことを証明願います。

|  |  |
| --- | --- |
| １　名　　　称 |  |
| ２　開設の場所 |  |
|  ３　開　設　者 |  |
|  ４　法第1条に規定する業務の種類 | あん摩マッサージ指圧 ・ はり ・ きゅう |
| ５　業務に従事する施術者 |  |
| ６　証明書が必要な理由 |  |