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　　　　　　　　　　　　　）

　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　業務に従事  する施術者 |  |
| ５　証明書が必要  な理由 |  |