

出張施術業務開始届出書

チェック欄	届出書類
	出張施術業務開始届出書
	施術者の免許証の原本 (保健所職員が確認後、返却します。)
	施術者の免許証の写し
	施術者の履歴書
	施術者の本人確認書類*の原本 (保健所職員が確認後、返却します。)
	施術者の本人確認書類*の写し

**《\* 本人確認書類の例》**

運転免許証、身体障害者手帳、個人番号カード（マイナンバーカード）、住民基本台帳カード、パスポート、健康保険証、年金証書、雇用保険被保険者証など

**注意！**

個人番号カード（マイナンバーカード）の写しを提出する場合は、顔写真のある表面のみを提出してください。個人番号の記載された裏面は不要です。

## 出張施術業務開始届

年 月 日

豊中市長

施術者 住所 (〒 - )

氏名 ⑤

年 月 日 生

電話 ( )

下記のとおり出張施術業務を開始しました。

### 記

- 1 業務の種類            あん摩マッサージ指圧 ・ はり ・ きゅう
- 2 業務開始年月日        年    月    日
- 3 施術に用いる器具及び消毒設備の概要

添付書類：1 免許証の写し（届出時に免許証原本を持参のこと）  
2 履歴書  
3 本人確認書類の写し（届出時に原本を持参のこと）

備考：施術者の氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

※保健所受付印

ホームページ掲載

希望する    希望しない

## 履 歴 書

年 月 日現在

氏 名 <small>ふりがな</small>		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
住 所		
電話番号		
職 歴	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
刑罰等の 有無	罰金以上の刑、業務に関する犯罪または不正の行為（療養費不正請求等）など免許欠格事項への該当  あり・なし	

■兼務する施術所がある場合

兼務する施術所の名称：

兼務する施術所の所在地：

兼務する施術所での従事時間

曜日	月	火	水	木	金	土	日
時間							