

滞在施術業務届出書

チェック欄	届出書類
	滞在施術業務届出書
	業務に従事する施術者の氏名一覧
	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
	施術場所の平面図
	施術場所の周囲の見取り図
	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。

滞在施術業務届出書

年 月 日

豊中市長

施術者 住所 (〒 -)

氏名 ㊟

年 月 日 生

電話 ()

下記のとおり、滞在して施術業務を行います。

記

1 業務の種類 あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう

2 業務を行う場所

(〒 -)

3 業務を行う期間

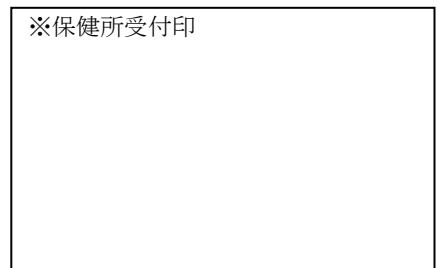
年 月 日から 日間
年 月 日まで

4 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 施術場所の平面図及び見取図
3 施術者の本人確認書類の原本及び写し

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



業務に従事する施術者の氏名一覧

ふり 氏 生 年 月 日	がな 名 免 許 番 号			※目の見えない者の場合はレ点
	あん摩マッサージ指圧	は り	き ゅ う	
T・S・H ・ 生	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	

■職歴：

従事期間	施術所等の名称	従事期間	施術所等の名称
年 ～ 年		年 ～ 年	
年 ～ 年		年 ～ 年	
年 ～ 年		年 ～ 年	

■兼務する施術所の有無（あり・なし）

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：

■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）

ふり 氏 生 年 月 日	がな 名 免 許 番 号			※目の見えない者の場合はレ点
	あん摩マッサージ指圧	は り	き ゅ う	
T・S・H ・ 生	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	

■職歴：

従事期間	施術所等の名称	従事期間	施術所等の名称
年 ～ 年		年 ～ 年	
年 ～ 年		年 ～ 年	
年 ～ 年		年 ～ 年	

■兼務する施術所の有無（あり・なし）

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：

■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）

※目の見えない者の欄には、おおむね、視覚支援学校、視力障害センター等の卒業生であればレをつけてください。