

(様式第 6 号)

柔道整復施術所開設届

年 月 日

長野県北信保健所長 様

開設者住所 (開設者が法人の場合は主たる事務所所在地)

〒

TEL

開設者氏名 (法人の場合には名称及び代表者名)

印

施術所を下記のとおり開設しましたので、柔道整復師法第 19 条第 1 項の規定により届出します。

記

開設年月日	年 月 日	
施術所の名称		
開設の場所		
業務に従事する柔道整復師の氏名	施 術 者 氏 名	
構造設備の概要及び平面図	建築面積	m ²
	建築延べ面積	m ²
	専用施術室面積	m ²
	待合室面積	m ²
	外気解放面積 (換気装置)	m ² (換気装置 :)
	器具、手指等の消毒設備	
	その他	

(添付書類)

- ・業務に従事する者の柔道整復師免許証の写し (要原本)
- ・施術所の概要を示す平面図 (用途等を記載)

(留意事項)

業務に従事する者は、柔道整復師の「免許証の原本」及び運転免許証等本人確認のできる書類を窓口に持参してください。

柔道性整復施術所開設届

年 月 日

届出の際に、次の書類の提出が必要

■開設者 → ○本人確認のできる証明書等
⇒ 運転免許証など

(開設者が法人の場合は主たる事務所所在地)

■施術者 → ○本人確認のできる証明書等
⇒ 運転免許証など

(法人の場合には名称及び代表者名)

○柔道整復師免許証
⇒ 原本と提出用写し(1部)

印

施術所を下記のとおり開設しましたので、柔道整復師法第19条第1項の規定により届出します。

届出期限は、開設後10日以内

開設年月日	年 月 日	
施術所の名称		
開設の場所		
業務に従事する柔道整復師の氏名	施 術 者 氏 名	
構造設備の概要及び平面図	建築面積	
	建築延べ面積	
	専用施術室面積	m ²
	待合室面積	m ²
	外気解放面積(換気装置)	m ² (換気装置:)
	器具、手指等の消毒設備	
	その他	

施術室は専用かつ6.6㎡以上が必要

待合室は3.3㎡以上が必要

施術室の床面積の1/7以上、または適切な換気装置が必要。

(添付書類)

- ・業務に従事する者の柔道整復師免許証の写し(要)
- ・施術所の概要を示す平面図(用途等を記載)

「構造設備の概要」が確認できるもの

(留意事項)

業務に従事する者は、柔道整復師の「免許証の原本」及び運転免許証等本人確認のできる書類を窓口に持参してください。