

(様式第1号)

## 施術所開設届出済証明ステッカー交付申請書

年 月 日

静岡県 保健所長 様

開設者 住 所  
氏 名  
電話番号

〔・法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名〕

次のとおり施術所開設届出済証明ステッカーの交付を受けたいので、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律の規定に基づく施術所の開設届出済証明ステッカー交付要綱第2条の規定により申請します。

施術所の名称	
開設の場所	
業務の種類	<input type="checkbox"/> あん摩マツサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゆう
開設年月日	
業務に従事する 施術者の氏名	
ステッカー 交付の有無	<input type="checkbox"/> 過去にステッカーの交付を受けたことはない <input type="checkbox"/> 過去にステッカーの交付を受けたことがある( 年 月) → 再交付・書換希望理由( ) (注1)
受け取り方法	<input type="checkbox"/> 保健所窓口で受け取る(連絡先電話番号 ) <input type="checkbox"/> 郵送(送付先: <input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 開設者住所) (注2)

- (注) 1 書換を希望する場合は、過去に交付されたステッカーを添付すること。  
2 窓口での交付を原則とするが、郵送による交付を希望する場合は、送付先(施術所所在地又は開設者住所に限る)を記載した角2封筒(240×332mm、A4サイズが入るもの)に440円切手を貼付の上、添付すること。

受領日(発送日)	受領印またはサイン