

(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

〔・法人にあっては、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、柔道整復師法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	
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