

(様式第1号)

施術所開設届出済証明願

年 月 日

福井県嶺南振興局二州保健所長 様

住 所

氏 名

㊦

〔 法人にあつては、主たる事務所の  
所在地、名称および代表者の氏名 〕

あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第9条の2第1項前段の規定により、次のとおり届出を行ったことを証明願います。

1	名 称	
2	開 設 の 場 所	
3	開 設 者	
4	法第1条に規定する業務の種類	あん摩マッサージ指圧 ・ はり ・ きゆう
5	業 務 に 従 事 す る 施 術 者	