

(様式第2号)

出張業務開始届出済証明願

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3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 施 術 者	
2 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
3 業務を行う主たる地区	