

令和6年4月5日

東京都北区保健所長 殿

開設者

住所

東京都北区東十条二丁目7番3号

氏名

株式会社北区保健所
代表取締役 北区 太郎

電話番号

03（3919）0727

ファクシミリ番号

（ ）

〔 法人にあっては、名称、主たる
事務所の所在地及び代表者の氏名 〕

施 術 所 開 設 届

施術所を開設したので、柔道整復師法第19条第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

1 名 称	北区太郎接骨院			
2 開 設 の 場 所	東京都北区王子本町一丁目15番22号 電 話 番 号 03（3908）1111 ファクシミリ番号（ ）			
3 開 設 年 月 日	令和6年4月1日			
4 業 務 の 種 類	柔道整復			
5 業務に従事する柔道整復師の氏名等				
氏 名	交付者名	登録年月日	登録番号	確認欄
北区 太郎	厚生労働大臣	令和5年3月31日	第 34567 号	
		年 月 日	第 号	
		年 月 日	第 号	
		年 月 日	第 号	
		年 月 日	第 号	
		年 月 日	第 号	
		年 月 日	第 号	

(裏)

6 構造設備の概要				
6-1専用の施術室	面 積	外気開放面積	換気装置	
	3 0 m ²	1 . 8 m ²	有・無	
6-2待合室	面 積	外気開放面積	換気装置	
	1 2 m ²	0 . 5 m ²	有・無	
6-3器具、手指等の消毒設備	消毒用エタノール			
7 開設者の免許				
免許証の有無	交付者名	登録年月日	登録番号	確認欄
有・無		年 月 日	第 号	
8 施術日時	月～金：9:00～17:00、土日祝：休み			
9 注 意 事 項				
1) 業務に従事する柔道整復師免許証の本証を持参し、写しを添付すること。				
2) 平面図を添付すること。				
3) 開設者が法人の場合は、登記事項証明書及び定款（寄附行為）を添付すること。				

施 術 所 平 面 図		
名 称	北区太郎接骨院	
<p style="text-align: center;"> 施 術 室 (30 m²) </p> <p style="text-align: center;"> 待 合 室 (12 m²) </p> <p> 消毒設備 換気扇 滅菌器 ベッド ベッド 窓縦2.0m 横0.9m カーテン 区画 ドア 手洗 イ ス 玄関 窓縦0.5m 横1m 5 m 2 m 6 m </p>		
施術室面積（あはき） : _____ m ²	待合室面積 : 12 m ²	
施術室面積（柔道整復） : 30 m ²	縮 尺	1 / 50 ・ 1 / 100 ・ その他 (/)

記載上の注意

- * 各室の用途を明示すること。（施術室、待合室等）
- * 施術室の外気開放面積（又は換気装置）とその位置、消毒設備の位置を明示すること。
- * 寸法、床面積を書き入れること。（窓に関しては縦横の寸法を明記すること。）