

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	

(日本産業規格A列4番)

6 構造設備の概要

面 積	外気開放面積	換気装置
6-1専用の施術室 30 m ²	1.8 m ²	有・無
6-2待合室 12 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
施術室面積 (あはき) : _____ m ²	待合室面積 : _____ 1.2 m ²
施術室面積 (柔道整復) : _____ 3.0 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。)