

様式第2号

施 術 所 開 設 届

届出書を提出した日

令和6年4月3日

(宛先) 所沢市長

開設者本人の住所、氏名、電話番号
【個人開設】※代理の場合は写し提出
 開設者の本人確認(運転免許証 等)
【法人開設】※要提出
 履歴事項全部証明書(写し)

住 所 **所沢市並木1-1-1**
 氏 名 **所沢 太郎**
 電話番号 **080-1111-2222**

法人にあつては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名

名称が法に違反しないかご注意ください。
 (例: クリニック、接骨整体院 等)

下記のとおり施術所を開設したので届け出ます。

記

施 術 所	名 称	トコロン接骨院		
	開 設 年 月 日	令和6年4月1日		
	開 設 場 所	所沢市小手指町1-23-3-301		
	電 話 番 号	04-2998-1111		
	業 務 の 種 類	柔道整復		
施 術 者	氏 名	免許の種類別	免許証番号	免許都道府県名
	所沢 太郎	柔道整復	第123456号	埼玉県
構 造 設 備 の 概 要	施 術 室	面 積	10.0 平方メートル	施術室は 6.6 m ² 以上 待合室は 3.3 m ² 以上
		外気開放面積	2.5 平方メートル	
		換 気 装 置	有 ・ 無	
	待 合 室	面 積	5.0 平方メートル	
備 考	消 毒 設 備	アルコール		
		アルコール、エタノール等を記載してください。		

施術所の営業を開始した日
 (=オープン日) **※未来日は不可**

施術所の電話番号

開設者が施術者の場合は改めて記載してください。

【添付書類】※要原本照合
 資格免許証写し
 ※必ず原本もお持ちください。
 賃貸借契約書写し
 ※持ち家の場合は不要です。
 平面図

施術者ごとの免許証番号、免許都道府県名を記載してください。

換気装置が「無」の場合、必ず「外気開放面積」が室面積の1/7を超えているかをご確認ください。

注 施術所の平面図を添付してください。