

出張施術業務開始届出証明願

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市保健所長

施術者 住所.....

氏名.....

電話.....(.....)

下記の事項について、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の規定により、出張施術業務開始の届出を行ったことを証明願います。

記

出張施術を行う者の氏名 :

出張施術を行う者の住所 :

業務開始年月日 :年 月 日.....

業務の種類 :あん摩マッサージ指圧・はり・きゆう.....

願出の理由 :

.....

健総第 号

令和 年 月 日

上記のとおりであることを証明します。

寝屋川市保健所長