**取扱施術者指定申請書**

取扱施術者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名（カナ） |  | カナ： |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日生 |
| 所持する免許の種類 | １．はり師　　２．きゅう師　　３．あん摩マッサージ指圧師　　該当に〇 |
| 免許を受けた都道府県 |  |

施術所

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒　　　－札幌市　　　　区 |
|  |
| 名称 |  |
| 連絡先 | 電話： | FAX： |
| 電子メール： |
| 業務の種類 | はり　・　きゅう　・　あん摩マッサージ指圧　　該当に〇 |
| 開設年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

取扱施術者のほかに業務に従事する施術者の氏名等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 生年月日 | 所持する免許の種類※ | 免許を受けた都道府県及び番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ※「所持する免許の種類」は、はり師：１、きゅう師：２、あん摩マッサージ指圧師：３として数字を記入すること記載欄が不足する場合は、同様の内容を記載した別紙によることもできる |

上記のとおり申請します。

なお、上記の事項は札幌市保健所に届け出た事項に相違ありません。

また、札幌市保健所に届け出た事項と照合することについて承諾します。

　　　　　　年　　月　　日

申請者

住所

氏名

上記申請者欄は、施術所の開設者が法人にあっては、その名称、主たる事務所所在地及び代表者氏名とすること

（あて先）札幌市長