

(様式第1号)

## 施術所開設届出済ステッカー交付申請書

年 月 日

浜松市保健所長 様

開設者	住 所
	氏 名
	電話番号

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり施術所開設届出済ステッカーの交付を受けたいので、柔道整復師法の規定に基づく施術所の開設届出済ステッカー交付要領第2条の規定により申請します。

施術所の名称	
開設の場所	
開設年月日	
業務に従事する 施術者の氏名	
ステッカー 交付の有無	<input type="checkbox"/> 過去にステッカーの交付を受けたことはない <input type="checkbox"/> 過去にステッカーの交付を受けたことがある( 年 月) → 再交付・書換希望理由( ) (注1)
受け取り方法	<input type="checkbox"/> 保健総務課窓口で受け取る(連絡先電話番号 ) <input type="checkbox"/> 郵送(送付先: <input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 開設者住所) (注2)

(注) 1 書換を希望する場合は、過去に交付されたステッカーを添付すること。

2 窓口での交付を原則とするが、郵送による交付を希望する場合は、送付先(施術所所在地又は開設者住所に限る)を記載した角2封筒(240×332mm、A4サイズが入るもの)に返信用切手を貼付の上、添付すること。