様式第4号(第２条関係)

年　　月　　日

　　　岩手県　　保健所長　　　　　様

住　所

氏　名

（目が見えない者である場合には、その旨）

年　　月　　日生

業務開始届

あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第９条の３前段の規定により、次のとおり届けます。

１　業務の種類

２　業務開始の年月日

注　免許証の写しを添えてください。

（Ａ４）