

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)