

様式第1号(第2条関係)

年 月 日

岩手県 保健所長 様

住 所

氏 名

年 月 日生

施 術 所 開 設 届

柔道整復師法第19条第1項前段の規定により、次のとおり届けます。

- 1 開設者の氏名及び住所（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地）
 - 2 開設の年月日
 - 3 名称
 - 4 開設の場所
 - 5 業務に従事する柔道整復師の氏名
 - 6 構造設備の概要及び平面図
- 注 免許証の写しを添えてください。

(A4)