

出張施術業務開始届出書

令和3年4月1日

茨城県知事殿

(◇◇保健所長殿)

住所地の市町村を  
所管する保健所名  
を記入

施術者住所 ○○市□□町1-2-3

氏名 笠原 町子

S 60年5月4日生

TEL 029-301-1111

FAX 029-301-2222

下記のとおり出張施術業務を開始しましたので届け出ます。

記

1	業務の種類	あん摩マッサージ指圧・はり・きゆう (※○で囲む)
2	業務開始年月日	令和3年4月1日
3	施術に用いる器具 及び消毒設備の概 要	アルコール手指消毒器 (ウェルパス)

履 歴 書

令和 3年 4月 1日現在

氏 名	笠原 町子	盲か否か ※目の見えない者の場合レ点を付す
生年月日	昭和 60 年 5 月 4 日生	レ
あん摩 マッサージ指圧師	はり師	きゅう師
登録年月日 平成 20 年 4 月 30 日 厚労省・都道府県 第 88088 号	登録年月日 平成 20 年 4 月 30 日 厚労省・都道府県 第 73456 号	登録年月日 平成 20 年 4 月 30 日 厚労省・都道府県 第 70007 号
職 歴	H20年4月～ H21年3月	みなみ鍼灸院
	H21年4月～ H24年3月	ひがしマッサージ治療院
	H24年4月～ H25年3月	きた鍼灸マッサージ院
	H25年4月～ 年 月	にし鍼灸接骨院
	年 月～ 年 月	
刑罰等の 有無	罰金以上の刑、業務に関する犯罪または不正の行為（療養費不正請求等）など免許欠格事項への該当  有 ・ 無	

■ 兼務する施術所の有無 (あり・なし)  
 兼務する施術所の名称： にし鍼灸接骨院  
 兼務する施術所の所在地： ○○市□□町 888  
 兼務する施術所での従事時間：

曜日	月	火	水	木	金	土	日
時間						9:00～ 18:00	9:00～ 18:00

※ 目の見えない者の欄には、おおむね、視覚支援学校、視力障害センター等の卒業生であればレをつけてください。また、弱視の場合も同様としてください。