

# 滞 在 施 術 業 務 届 出 書

※ ご注意ください！

滞在施術業務に関しては、**業務開始前**に届出が必要です。

## 届出書類チェック表

チェック欄	届出書類
	滞在施術業務届出書
	業務に従事する施術者の氏名一覧
	施術者の免許証の写し
	施術者の免許証原本 ※ 職員が原本照合後、返却します。
	施術者の運転免許証等（本人確認ができるもの） ※ 職員が本人確認後、返却します。
	施術場所の平面図
	施術場所の周囲の見取り図
	<届出が滞在による業務開始後の場合> 遅延理由書

◆ 届出書の様式や添付書類、留意事項及び届出書の記入例については、茨城県保健福祉部医療局医療人材課ホームページをご覧ください。

◆ 届出様式はダウンロードできます。

## 滞 在 施 術 業 務 届 出 書

年 月 日

茨 城 県 知 事 殿

（ 保 健 所 長 殿 ）

施 術 者 住 所  
氏 名

年 月 日 生

T E L

F A X

下記のとおり滞在して施術業務を行いますので届け出ます。

### 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	業務をおこなう 場所の名称・所 在地	
3	業務を行う期間	年 月 日～ 年 月 日
4	施術に用いる器 具及び消毒設備 の概要	

業務に従事する施術者の氏名一覧

氏名 生年月日	免許番号			
	あん摩 マッサージ指圧師	はり師	きゆう師	盲か否か ※目の見えな い者の場合 レ点を付す。
年 月 日	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	

■職歴： ( 年～) ( 年～)  
( 年～) ( 年～)  
( 年～) ( 年～)

■兼務する施術所の有無（あり・なし）  
 <ありの場合> 兼務する施術所の名称：  
 兼務する施術所の所在地：  
 兼務する施術所での従事時間：

■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（あり・なし）

氏名 生年月日	免許番号			
	あん摩 マッサージ指圧師	はり師	きゆう師	盲か否か ※目の見えな い者である 場合レ点を 付す。
年 月 日	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	登録年月日 年 月 日 厚労省・都道府県 第 号	

■職歴： ( 年～) ( 年～)  
( 年～) ( 年～)  
( 年～) ( 年～)

■兼務する施術所の有無（あり・なし）  
 <ありの場合> 兼務する施術所の名称：  
 兼務する施術所の所在地：  
 兼務する施術所での従事時間：

■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（あり・なし）

※ 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者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。