

出張施術業務開始届出書：あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう

### 届出書類チェック表

チェック欄	届出書類
	出張施術業務開始届出書
	施術者の免許証の写し
	施術者の免許証の原本 ※ 職員が施術者の免許証と原本照合後、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。
	施術者の履歴書
	<届出が業務開始後10日を超えた場合> 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。

出張施術業務開始届出書

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

TEL

FAX

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	年 月 日
3	施術に用いる器具及び消毒設備の概要	

# 履 歴 書

年 月 日現在

氏 名		盲か否か ※目の見えない者の場合レ点を付す
生年月日	年 月 日生	
あん摩 マッサージ指圧師	はり師	きゆう師
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 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	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  あり ・ なし	

■ 兼務する施術所の有無 (あり・なし)

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：

曜日	月	火	水	木	金	土	日
時間							

※ 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。