　年　　　月　　　日

（あて先）山形市保健所長

**施術所従事者届出済証明書**

**交付申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | |
| 電話番号 |  |

あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和２２年法律第２１７号）第９条の２第１項に規定する施術所の届出事項のうち業務に従事する施術者について証明願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　施術所の名称 |  |
| ２　施術者 |  |
| ３　業務の種類 |  |