**施術所**

施術所開設の場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 根拠法令等 | 様式番号 | ﾍﾟｰｼﾞ |
| あはき法 | 柔道整復師法 |
| 施術所開設届 | 法９の２－１則２２ | 法１９－１則１７ | 施　様式１ | １ |
| 施術所届出事項変更届 | 法９の２－１則２２ | 法１９－１則１７ | 施　様式２ | ４ |
| 施術所（休止・再開・廃止）届 | 法９の２－２ | 法１９－２ | 施　様式３ | ７ |
| 施術所開設者死亡(失そう宣告)届 |  |  | 施　様式４ | ８ |

出張のみの業務の場合（あはき法のみ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 根拠法令等 | 様式番号 | ﾍﾟｰｼﾞ |
| あはき法 |
| 施術者出張業務開始届 | 法９の３ | 施　様式５ | ９ |
| 施術者出張業務（休止・廃止・再開）届 | 法９の３ | 施　様式６ | １０ |
| 出張業務施術者死亡(失そう宣告)届 |  | 施　様式７ | １１ |

滞在業務を行う場合（あはき法のみ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 根拠法令等 | 様式番号 | ﾍﾟｰｼﾞ |
| あはき法 |
| 施術者滞在業務開始届 | 法９の４則２４ | 施　様式８ | １２ |

※ 法・令・則：あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（あはき法）並びに柔道整復師法

施　様式１

**施術所開設届**

 令和　　年　　月　　日

兵庫県　　　　県民局長　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

　　　次のとおり（あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第９条の２第１項

柔道整復師法第１９条第１項）に基づき施術所を開設したので届け出ます。

注）１　施術所を開設した場合、この届出を開設後１０日以内に管轄健康福祉事務所（保健所）あて１部提出すること。（開設者の控えが必要な場合は必要部数提出すること。）

２　従事する施術者の免許証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また、開設者及び従事者の免許証及び運転免許証等、身分を確認するものの原本を持参し健康福祉事務所（保健所）職員の照合を受けること。

３　法人等が開設する際は、 履歴事項全部証明書の原本を添付すること。

４　施術所の施術室は、法により専用規定があるので、他の事業を行うような使用方法は認められない。

|  |
| --- |
| 整理№： |
| １　 |  |
| ２　施術所の所在地 | 〒　　　－ＴＥＬ（　　　　）　　　－　　　　　　ＦＡＸ（　　　　）　　　－ |
| ３　施術時間 | 日　月　火　水　木　金　土　　　　時　　分～　　　時　　分日　月　火　水　木　金　土　　　　時　　分～　　　時　　分休業日 |
| ４　業務の種類（該当項目を○で囲む） | (1)あん摩、マッサージ若しくは指圧(2)はり(3)きゅう(4)柔道整復 |
| ５　開　設　日 | 年　　　　月　　　　日 |
| ６　従事する施術者 |
| 氏　　名 | 免許証の名称 | 登録年月日及び登録番号 | 目の状態 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
| ６　構造設備の概要及び平面図 | 別紙のとおり |

注）１　６．６平方メートル以上の専用の施術室及び３．３平方メートル以上の待合室を有すること。

２　従事する施術者欄の「目の状態」は、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律

による資格を持っている場合のみ選択する。

|  |
| --- |
| 構造設備の概要及び平面図　 |
| 建物の平面図 |
| 構造設備の概要 |
| 待合室の状況 | ㎡ |
| 施術室の状況 | ㎡ |
| 換気部分（開放面積） | ㎡ | 換気装置 | 有　・　無 |
| 消毒設備及び消毒方法 |  |
| 敷地周囲の見取図　（住宅地図、インターネット地図等を添付すること。）　別紙のとおり |

注）１　施術所平面図は、この用紙に記入するか貼付する。又は、設計士等の作成した図面を添付してもよい。

２　図面上において各室の用途等も記載すること。

３　敷地周囲の見取図については、地図情報を別紙として添付すること。

施　様式２

**施術所届出事項変更届**

 令和　　年　　月　　日

兵庫県　　　　県民局長　　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり届出事項に変更が生じたので（あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゅう師等に

関する法律第９条の２第１項、柔道整復師法第１９条第１項）に基づき届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| １　 |  |
| ２　施術所の所在地 | 〒　　　－ＴＥＬ（　　　　）　　　－　　　　　　ＦＡＸ（　　　　）　　　－ |
| ３　変更事項及び内容 | 別紙のとおり |
| ４　変更理由 |  |
| ５　変更年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

注）１　開設時の届出事項に変更が生じた場合、変更後１０日以内に管轄健康福祉事務所（保健所）あて

１部届出すること。（開設者の控えが必要な場合は必要部数提出すること。）

２　施術者に変更が生じる場合、免許証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また、免許証及び運転免許証等、身分を確認するものの原本を持参し健康福祉事務所（保健所）職員の照合を受けること。

３　変更事項及び内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
| (1)施術所の名称(2)開設者の住所・氏名(3)業務の種類(4)従事する施術者の氏名(5)施術所等の住居表示変更(6)構造設備の概要及び平面図※該当項目を○で囲むこと。 |  |  |
| 新たに従事する施術者氏名 |
| 氏　　名 | 免許証の名称 | 登録年月日及び登録番号 | 目の状態 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  |  | 年　　　月　　　日第　　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |

注）１　変更事項の該当する項目を○で囲み、変更の前後がわかるように記載すること。

２　雇用退職による施術者変更の場合、変更前及び変更後の欄に該当者だけでなく全体の状況が判るよ

うに記載し、新たに従事する施術者の詳細は、下欄に記載すること。

３　新たに従事する者の免許証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また、原本を持参し健康福祉事

務所（保健所）職員の照合を受けるとともに運転免許証等、身分を確認できるものを持参すること。

４　従事する施術者欄の「目の状態」は、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律による資格を持っている場合のみ選択すること。

５　それぞれの変更事項に基づき必要となる書類を添付すること。

（添付書類）

・開設者の住所・氏名の変更の場合、個人では住民票等新しい住所・氏名がわかるもの、法人では社員総会議事録等写し、履歴事項全部証明書、定款(寄附行為)の写し。

・住居表示変更の場合は、住居表示を証する書面の写し。法人等による開設における名称変更の場合は、登記簿謄本（履歴事項全部証明書）。

|  |
| --- |
| 構造設備の概要及び平面図 |
| 変更前 |
| 変更後 |

注）　施術所平面図は、変更前を青色、変更後を朱色で囲むこと。各部屋の用途等も併せて記載すること。

図面は、別紙として添付してもよい。

施　様式３

**施術所（休止・再開・廃止）届**

 令和　　年　　月　　日

兵庫県　　　　県民局長　　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり施術所を（休止・再開・廃止）したので （あん摩マツサージ指圧師、はり師、

きゅう師等に関する法律第９条の２第２項、柔道整復師法第１９条第２項）に基づき届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| １　 |  |
| ２　施術所の所在地 | 〒　　　－TEL（　　　　）　　　－　　　　　FAX（　　　　）　　　－ |
| ３　休止年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| ４　休止の理由 |  |
| ５　再開見込の時期 | 令和　　　年　　　月　　　日　予定 |
| ６　再開年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| ７　廃止年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| ８　廃止の理由 |  |

注）１　休止・再開・廃止した場合、その日から１０日以内に管轄健康福祉事務所（保健所）あて１部届出すること。（開設者の控えが必要な場合は必要部数提出すること。）

２　休止する場合、再開見込の時期を記載すること。

施　様式４

**施術所開設者死亡（失そう宣告）届**

令和　　年　　月　　日

兵庫県　　　　県民局長　様

戸籍法の届出義務者

住　　　所

本人との続柄

氏　　　名

電話　　　　－　　　　－　　　　　（担当：　　　）

次のとおり施術所の開設者が（死亡し・失そう宣告を受け）たので、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| １　 |  |
| ２　施術所の所在地 | 〒　　　－　　　　TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　-　　 |
| ３　開設者の氏名 |  |
| ４　開設者の住所 |  |
| ５　死亡（失そう宣告）年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| その他の事項 |

注）１　開設者が死亡、または失そう宣告を受けた日から１０日以内に、管轄健康福祉事務所(保健所)に１部提出すること。（開設者の控えが必要な場合は必要部数提出すること。）

　　２　戸籍法上の届出義務者による届け出であること。

　　３　開設者死亡（失そう宣告）の場合は、「施術所（休止・再開・廃止）届」は不要。

（添付書類等）

　　　除籍抄本又は死亡診断書の写し

施　様式５

**施術者出張業務開始届**

 令和　　年　　月　　日

兵庫県　　　　県民局長　様

施術者住所

施術者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話（　　　　　）　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＦＡＸ （　　　　　）　　　－

次のとおり出張業務を開始したので、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゅう師等に

関する法律第９条の３に基づき届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| １　業務の種類（該当項目を○で囲む） | (1)あん摩、マッサージ若しくは指圧(2)はり(3)きゅう |
| ２　出張業務開始日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| ３　消毒設備及び消毒方法 | 設備方法 |
| ４　施術者の免許種別 |
| 免許証の名称 | 登録年月日 | 登録番号 | 目の状態 |
|  | 年　　月　　日 | 第　　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  | 年　　月　　日 | 第　　　　　　　号 |
|  | 年　　月　　日 | 第　　　　　　　号 |
| ５　住所付近の見取図　（住宅地図、インターネット地図等を添付すること）　　別紙のとおり |

注）１　施術者が出張業務を開始した時は、業務を行う管轄健康福祉事務所（保健所）あて１部届出すること。（開設者の控えが必要な場合は必要部数提出すること。）

２　免許証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また、原本を持参し健康福祉事務所（保健所）職員の照合を受けるとともに運転免許証等、身分を確認できるものを持参すること。

３　住所付近の見取図については、地図情報を別紙として添付すること。

施　様式６

**施術者出張業務（休止・再開・廃止）届**

 令和　　年　　月　　日

兵庫県　　　　県民局長　様

施術者住所

施術者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　 電　　話（　　　　　）　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＦＡＸ （　　　　　）　　　－

次のとおり出張業務を（休止・再開・廃止）したので、あん摩マツサージ指圧師、はり師、

きゅう師等に関する法律第９条の３に基づき届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| １　休止年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| ２　休止の理由 |  |
| ３　再開見込の時期 | 令和　　　年　　　月　　　日　予定 |
| ４　再開年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| ５　廃止年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| ６　廃止の理由 |  |

注）１　施術者が出張業務を休止・廃止・再開した時は、管轄健康福祉事務所（保健所）あて１部届出すること。（開設者の控えが必要な場合は必要部数提出すること。）

２　休止する場合は、再開見込の時期を記載すること。

施　様式７

**出張業務施術者死亡（失そう宣告）届**

令和　　年　　月　　日

兵庫県　　　　県民局長　様

戸籍法の届出義務者

住　　　所

本人との続柄

氏　　　名

電話　　　　－　　　　－　　　　　（担当：　　　）

次のとおり出張業務従事者が死亡し（失そう宣告を受け）たので、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| １　施術者の氏名 |  |
| ２　施術者の住所 | 〒　　　－　　　　TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　-　　 |
| ３　死亡（失そう宣告）年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| その他の事項 |

注）１　施術者が死亡、または失そう宣告を受けた日から１０日以内に、管轄健康福祉事務所(保健所)に１部提出すること。（開設者の控えが必要な場合は必要部数提出すること。）

　　２　戸籍法上の届出義務者による届出であること。

　　３　開設者死亡（失そう宣告）の場合は、「施術者出張業務(休止・再開・廃止)届」は不要。

（添付書類等）

　　　除籍抄本又は死亡診断書の写し

施　様式８

**施術者滞在業務開始届**

 令和　　年　　月　　日

兵庫県　　　　県民局長　様

施術者住所

施術者氏名

電　　話（　　　　　）　　　－

次のとおり滞在業務を開始するので、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゅう師等に

関する法律第９条の４に基づき届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| １　滞在先の住所 | 〒　　　－(施設名称)ＴＥＬ（　　　　）　　　－　　　　　　ＦＡＸ（　　　　）　　　－ |
| ２　業務の種類（該当する項目を○で囲む） | (1)あん摩、マッサージ若しくは指圧(2)はり(3)きゅう |
| ３　消毒設備及び方法 | 設備方法 |
| ４免許証の種類 | 免許証の名称 | 登録年月日 | 登録番号 | 目の状態 |
|  | 年　　月　　日 | 第　　　　　　号 | 全盲・半盲・正常 |
|  | 年　　月　　日 | 第　　　　　　号 |
|  | 年　　月　　日 | 第　　　　　　号 |
| ５　滞在業務を行う場所 | 施設名： |
| 所在地：〒　　　－ＴＥＬ（　　　　）　　　－　　　　　　ＦＡＸ（　　　　）　　　－ |
| ６　滞在業務を行う場所付近の見取図（住宅地図、インターネット地図等を添付すること）　　　別紙のとおり |
| ７　滞在期間 | 　　 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日の予定 |

注）１　滞在業務を開始する時は、滞在場所の管轄健康福祉事務所（保健所）あて１部届出すること。

（開設者の控えが必要な場合は必要部数提出すること。）

２　免許証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また、原本を持参し健康福祉事務所（保健所）職員の照合を受けるとともに運転免許証等、身分を確認できるものを持参すること。

３　滞在先の名称がある場合は、「滞在先の住所」欄に記載すること。

４　滞在業務を行う場所付近の見取図については、地図情報を別紙として添付すること。

５　予定の滞在期間も過ぎても引き続き業務を継続する場合は、改めて届出が必要である。