

(様式第1号)

施術所開設届出済証明願

年 月 日

福井県嶺南振興局二州保健所長 様

住 所

氏 名

㊤

〔 法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称および代表者の氏名 〕

柔道整復師法律第19条第1項前段の規定により、次のとおり届出を行ったことを証明願います。

1 名 称	
2 開 設 の 場 所	
3 開 設 者	
4 業 務 に 従 事 す る 施 術 者	