

新潟市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施行細則に規定する様式を定める要綱

制定 令和5年8月23日

第1条 新潟市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施行細則（平成12年新潟市規則第13号）の規定により別に定める様式は、次の表に掲げるとおりとする。

名称	規定条項	別記様式番号
施術所開設届	第2条	別記様式第1号
施術所開設届出事項変更届	第2条	別記様式第2号
施術所廃止・休止・再開届	第2条	別記様式第3号
出張施術所業務開始届	第2条	別記様式第4号
出張施術所業務廃止・休止・再開届	第2条	別記様式第5号
市内滞在施術業務従事届	第2条	別記様式第6号

第2条 この要綱で定める様式について、市長が必要があると認める場合は、当該様式を適宜修正して用いることができる。

附則

この様式は令和5年8月23日から施行する。

別記様式第1号（第2条関係）

施 術 所 開 設 届

（あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師）

年 月 日

新潟市保健所長様

氏名（法人にあつては名称及び代表者の氏名）

下記のとおり届出をします。

記

開設者住所 （法人にあつては主たる事務所の所在地）	郵便番号	電話番号			
開設年月日	住所				
施術所の名称					
開設の場所	郵便番号	電話番号			
業務の種類	住所				
	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧			<input type="checkbox"/> はり	<input type="checkbox"/> きゅう
業務に従事する施術者の氏名	氏名	免許番号及び免許登録年月日		目が見えない者	
構造設備の概要		面積	外気開放面積	換気装置	
	専用の施術室	m ²	m ²	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	待合室	m ²	m ²	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	器具、手指等の消毒設備				

添付書類

- 業務に従事する施術者の免許証の写し（窓口で原本照合）及び本人確認書類
- 施術所附近の見取図及び平面図
- 開設者が法人の場合は、登記簿謄本原本及び定款又は寄附行為。個人の場合は、本人確認書類。

- 注 1 該当する業務の種類の□にレ印をつけてください。
2 目が見えない者欄には、該当する者は○印を記入してください。

別記様式第2号（第2条関係）

施術所開設届出事項変更届

（あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師）

年 月 日

新潟市保健所長様

氏名（法人にあつては名称及び代表者の氏名）

下記のとおり届出をします。

記

開設者住所 （法人にあつては主たる事務所の所在地）	郵便番号 住所	電話番号
開設年月日		
施術所の名称		
開設の場所	郵便番号 住所	電話番号
変更した事項 <input type="checkbox"/> 業務に従事する 施術者氏名 <input type="checkbox"/> 構造設備の概要 <input type="checkbox"/> その他 ()	旧	新
変更年月日		

添付書類

- 1 変更事項が業務に従事する施術者である場合は、新たに従事する者の免許証の写し（窓口で原本照合）及び本人確認書類
- 2 変更事項が構造設備である場合は、平面図

注 該当する変更した事項の□にレ印をつけてください。

休 止
施 術 所 廃 止 届
再 開
（あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師）

年 月 日

新潟市保健所長様

氏名（法人にあつては名称及び代表者の氏名）

下記のとおり届出をします。

記

開設者住所 (法人にあつては 主たる事務所の所在地)	郵便番号 住所	電話番号
名称		
開設の場所	郵便番号 住所	電話番号
業務の種類	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう	
<input type="checkbox"/> 休 止 <input type="checkbox"/> 廃 止 の 理 由 <input type="checkbox"/> 再 開		
<input type="checkbox"/> 休 止 <input type="checkbox"/> 廃 止 の年月日 <input type="checkbox"/> 再 開	年 月 日	
休止の予定期間	年 月 日から 年 月 日まで	

注 該当する業務の種類並びに休止、廃止及び再開の□にレ印をつけてください。

出張施術業務開始届

年 月 日

新潟市保健所長様

住所 〒

(電話番号)

氏名

下記のとおり届出をします。

記

業務開始年月日			
施術を行う場所			
業務の種類	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう		
免許の種類	免許を受けた都道府県名、免許番号 及び 免許登録年月日		
<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ 指圧師	都道府県	第 号	年 月 日
<input type="checkbox"/> はり師	都道府県	第 号	年 月 日
<input type="checkbox"/> きゅう師	都道府県	第 号	年 月 日

添付書類

免許証の写し（窓口で原本照合）及び本人確認書類

注 業務の種類及び免許の種類に□にレ印をつけてください。

別記様式第5号（第2条関係）

休 止
出張施術業務 廃 止 届
再 開

年 月 日

新潟市保健所長様

住 所 〒

（電話番号 ）

氏 名

下記のとおり届出をします。

記

施術を行う場所	
業務の種類	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう
<input type="checkbox"/> 休 止 <input type="checkbox"/> 廃 止 の 年 月 日 <input type="checkbox"/> 再 開	年 月 日
休止の予定期間	年 月 日から 年 月 日まで

注 該当する業務の種類並びに休止、廃止及び再開の□にレ印をつけてください。

市内滞在施術業務従事届

年 月 日

新潟市保健所長様

住所 〒

(電話番号)

氏名

下記のとおり届出をします。

記

施術を行う期間	年 月 日から 年 月 日まで		
施術を行う場所 及び 滞在地			
業務の種類	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう		
免許の種類	免許を受けた都道府県名、免許番号 及び 免許登録年月日		
<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ 指圧師	都道府県	第 号	年 月 日
<input type="checkbox"/> はり師	都道府県	第 号	年 月 日
<input type="checkbox"/> きゅう師	都道府県	第 号	年 月 日

添付書類

免許証の写し（窓口で原本照合）及び本人確認書類

注 業務の種類及び免許の種類にレ印をつけてください。