年　　月　　日

盛岡市保健所長　　　　　　　　　　様

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

（目が見えない者である場合は，その旨）

TEL

　　　　　年　　月　　日生

業務従事届

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第9条の4の規定により，次のとおり届けます。

１　法第1条に規定する業務の種類

２　業務を行う場所

３　業務を行う期間

※免許証の写しを添えること。