

年 月 日

町田市保健所長 様

住 所

開設者 氏 名 ㊟

電話番号 ( )

法人の場合は、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名

### 施 術 所 変 更 届

施術所に係る届出事項に変更が生じたので、下記のとおり届け出ます。

#### 記

名 称			
開 設 場 所	町田市		
	電 話 番 号	( )	
	ファクシミリ番号	( )	
開設届出年月日 及び番号	年	月	日 , 第 号
変更した事項	変 更 前	変 更 後	確認
<input type="checkbox"/> 業務に従事する 施術者の氏名等  <input type="checkbox"/> 構造設備の概要  <input type="checkbox"/> その他			
変 更 理 由			
変 更 年 月 日	年	月	日

**注意**

- (1) 該当する□の中にレを付けること。
- (2) 変更事項が従事する施術者である場合は、新たに従事した者の免許証を提示し、その写しを添付すること。（原本の提示のみでも可とする。）
- (3) 変更事項が構造設備である場合は、平面図を添付すること。
- (4) その他、変更事項が確認できる書類を添付すること。