様式第1号(第２条関係)

年　　月　　日

　　　岩手県　　保健所長　　　　　様

住　所

氏　名

年　　月　　日生

　　柔道整復師法第19条第１項前段の規定により、次のとおり届けます。

　１　開設者の氏名及び住所（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地）

　２　開設の年月日

　３　名称

　４　開設の場所

　５　業務に従事する柔道整復師の氏名

　６　構造設備の概要及び平面図

注　免許証の写しを添えてください。

（Ａ４）