様式第１号

証　　明　　願

平成　　年　　月　　日

岩手県　　保健所長　様

申 請 者（代理申請の場合は代理申請者について記入すること）
住　所
氏　名　　印
生年月日　　年　　月　　日
電話番号　　－　　－

１　証明願出事項　　施術所開設届出事項

２　証明事項発生地

（専ら出張のみにより業務を行う施術者はその業務を行う勤務地名称及び住所とすること）

３　証明を必要とする理由　　掲示のため

４　施術を行う者の免許取得年月日

昭和　　年　　月　　日（　　）

昭和　　年　　月　　日（　　）

５　証　明　事　項

施術所の名称

開設の場所　　（届出している住所とすること）

開　設　者

施　術　者

開設年月日　　年　　月　　日

業務の種類

【岩手県証紙添付欄】

（Ａ４）

注１）施術を行う者の免許証の写しを添付すること。

注２）代理申請の場合は、申請欄は全て代理申請者とし、委任状（様式任意）を添付すること。