

証 明 願

鳥取市保健所長 様

あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第9条の2第1項の規定による届出内容について、_____ため、下記事項について証明願います。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

印

電話番号

— —

記

施設の種類 施術所

名 称

開設場所

開設者名

開設年月日 平成 年 月 日

業務に従事する施術者の氏名

届出された内容は、上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

鳥取市保健所長