

証明願

令和 年 月 日

(宛先) 川崎市保健所長

開設者 住所

氏名

印

〔 法人にあつては主たる事務所の所在地、
名称、代表者の氏名及び代表者印 〕

電話番号

次の { あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師に関する法律
柔道整復師法
歯科技工士法 } に基づく届出が受け付けられたことについて

て証明願います。

1 施設名称

2 開設場所 川崎市 区

3 証明内容

施設開設届

届出年月日 平成・令和 年 月 日

開設年月日 (届出記載上) 平成・令和 年 月 日

施設休止 (廃止・再開) 届

届出年月日 平成・令和 年 月 日

休止 (廃止・再開) 年月日 (届出記載上) 平成・令和 年 月 日

その他

4 証明が必要な理由

川崎市証明 衛第 号

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

川崎市保健所長 田崎 薫