証　明　願

令和　　　年　　　月　　　日

（宛先）川崎市保健所長

開設者　住所

氏名

法人にあっては主たる事務所の

所在地、名称及び代表者の氏名

あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師に関する法律

次の　　柔道整復師法　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　に基づく届出が受付けられた

　　　　歯科技工士法

ことについて証明願います。

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