構造設備概要書

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者氏名 |  |
| 管理者住所 | 〒 |
| 構造設備 | 施術室 | 面積 | 　　　　　ｍ2　又は（　　　　　）畳　 |
| 換気 | 窓 | □有（　　　窓）　□無 |
| 換気扇 | □有（　　　機）　□無 |
| ベッド | □専　用（　　　　台）□あん摩マッサージ指圧（　　　　台）□は　り　　　　　　　（　　　　台）□きゅう　　　　　　　（　　　　台）□兼　用（　　　　台）柔道整復 |
| 待合室 | 面積 | 　　　　　ｍ2　又は（　　　　　）畳　 |
| 施術器具 | あん摩マッサージ指圧 | □有（種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□無 |
| は　り | □有（種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□無 |
| 使い捨て | □有　　　　□無 |
| 使い捨て以外 | □有　　　　□無 |
| きゅう | □有（種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□無 |
| 消毒設備 | 手指消毒 | □有（種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□無 |
| 器具消毒 | □有（種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□無 |
| 営業時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 検査年月日 | 　 | 検査者 |  |
| 検査結果 | 6.6ｍ2以上の専用の施術室を有している。 | 適・否 |
| 3.3ｍ2以上の待合室を有している。 | 適・否 |
| 施術室面積の1／7以上に相当する部分を外気に開放し得る。又それに代わる換気設備を有している。 | 適・否 |
| 施術に用いる器具を有している。 | 適・否 |
| 手指等の消毒設備を有している。 | 適・否 |
| 検査所見 |  |

備考１　太枠以外の欄を記入してください。

　　２　該当する□に☑を記入してください。