

# 滞 在 業 務 届

年 月 日

千葉県 保健所長 様

住所〒

電話 ( )

氏名

印

下記のとおり、滞在業務を行いたいのでお届けします。

## 記

1. 業務の種類

2. 業務を行う場所 〒

電話 ( )

3. 業務を行う期間

年 月 日から 年 月 日まで

4. 施術者の住所、氏名及び晴盲の別

(住所) 〒

(氏名)

電話 ( )

(晴盲の別)

添 付 書 類

施術者の免許証の写し (要原本照合)