

施術所廃止・休止・再開届

年 月 日

(宛先) 秋田市保健所長

〒 _____
開設者 住 所 _____
(ふりがな)
氏 名 _____ 印
(電 話 : _____)

次のとおり施術所を廃止・休止・再開したので、柔道整復師法第19条第2項の規定に基づき届け出ます。

1 名 称 _____ (電話 : _____)

2 開設の場所 〒 _____
秋田市 _____

3 廃止・休止・再開の年月日 _____ 年 月 日

休止であるときはその予定期間

_____ 年 月 日から _____ 年 月 日まで

4 廃止・休止・再開の事由

[備 考]

廃止・休止・再開のうち、該当しない項目について二重線で取り消すこと。