

施 術 所 休 止 届 再 開

平成 年 月 日

神戸市保健所長 あて

開設者住所 _____
(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

開設者氏名 _____ 印
(法人にあっては、名称及び代表者職氏名)

次の法律に基づき届けます。

- 1 あんまマッサージ指圧師、はり師、きゆう師に関する法律
- 2 柔道整復師法
(該当する番号に○を付すること)

記

1	施術所の名称 (ふりがな)				
2	施術所の所在地	TEL () -			
3	業務の種類	1 あんま	2 はり	3 きゆう	4 柔道整復
4	休止	休止年月日	平成	年	月 日
		休止の理由			
	再開見込時期	平成	年	月	
5	再開	再開年月日	平成	年	月 日
6	廃止	廃止年月日	平成	年	月 日
		廃止の理由			

- 注) 1 提出部数 3部 (施術所控 1部を含む) 提出先 区役所保健福祉部
- 注) 2 開設者死亡 (失踪宣告) による廃止の場合は、届出者欄に戸籍法上の届出義務者住所氏名・開設者との続柄を記載してください。
- 注) 3 【添付書類】死亡による廃止の場合は、死亡診断書または除籍の戸籍抄本 (写で可)