

葛飾区保健所長 あて

住 所

開設者

氏 名

電 話 番 号 （ ）

ファクシミリ番号 （ ）

〔 法人にあつては、名称、主たる事務所  
の所在地及び代表者の職氏名 〕

休 止

施術所  廃 止 届

再 開

施術所を（ 休止・廃止・再開 ）したので、柔道整復師法第19条第2項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

1 名 称	
2 開 設 の 場 所	葛飾区 電話番号 （ ）      ファクシミリ番号 （ ）
3 開 設 届 出 年 月 日 及 び 同 番 号	年 月 日 第 号
4 <input type="checkbox"/> 休 止 <input type="checkbox"/> 廃 止 の 理 由 <input type="checkbox"/> 再 開	
5 休 止 の 予 定 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日
6 廃 止 の 年 月 日	年 月 日
7 再 開 の 年 月 日	年 月 日

（備考）

- 1 該当する□の中にレを付けてください。
- 2 休止の場合は、休止の予定期間を記入してください。
- 3 廃止の場合は、廃止の年月日を記入してください。
- 4 再開の場合は、再開の年月日を記入してください。

**副本が必要な場合は、提出書類は、正副2部ご用意ください。**