|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  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　（　　　） | | | | | | | | | |
| 〔 | | | | | | | 法人にあっては、名称、主たる事務所  の所在地及び代表者の職氏名 | 〕 | |
|  | | | | | | | | |
| 施術所 | | | | | □　休　止  □　廃　止  □　再　開 | 届 | | | |
| 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 | | □　休　止  □　廃　止  □　再　開 | の理由 |  | | | | | |
| 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。