|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  葛飾区保健所長　　あて  住　所  届出者  氏　名  電　話　番　号　（　　　）  ファクシミリ番号　（　　　） | | | | |
| 〔 | | | 開設者と届出者の続柄  開設者の（　　　　　　） | 〕 |
| 施術所廃止届  施術所を廃止したので、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 | 開設者の氏名 |  | | |
| ２ | 開設者の住所 | 電話番号　　（　　　）　　　　ファクシミリ番号　　（　　　） | | |
| ３ | 施術所の名称 |  | | |
| ４ | 施術所開設の場所 | 葛飾区  電話番号　　（　　　）　　　　ファクシミリ番号　　（　　　） | | |
| ５ | 開設届出年月日  及び同番号 | 年　　月　　日　　第　　　　　　　　　号 | | |
| ６ | 廃止の理由 | □　開設者死亡のため（　　　　年　　月　　日　死亡）  □　開設者失踪のため（　　　　年　　月　　日　失踪届出）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ７ | 廃止の年月日 | 年　　月　　日 | | |

（備考）　　該当する□の中にレを付けてください。

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。