

第3号様式(第2条関係)

年 月 日

町田市保健所長 様

開設者 住所
氏名
電話番号

〔 法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名 〕

町田市柔道整復師施術所休止・廃止・再開届

施術所を休止・廃止・再開しましたので、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

開設場所	
名称	電話番号
<input type="checkbox"/> 休止 <input type="checkbox"/> 廃止の理由 <input type="checkbox"/> 再開	
<input type="checkbox"/> 休止 <input type="checkbox"/> 廃止の日 <input type="checkbox"/> 再開	年 月 日
休止の予定期間	年 月 日まで

注意

- (1) 該当する□の中にレを付けること。
- (2) 再開の場合において、休止前と従事する施術者を変更したときは、新たに従事した者の免許証を提示すること。