様式３－①（あはき用）

施術所　廃止・休止・再開　届出書

令和　　年　　月　　日

　大阪市保健所長様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者（届出者）住所

　　　　　　　　　　　　　　（法人については名称及び代表者氏名）

　〒　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号：　　　－　　　－　　　　　）

　下記のとおり施術所を休止・廃止・再開したので、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| １　施術所の |  |
|  |
| ２　開設の場所 | 〒　　-  　　　　　　　　（電話番号：　　－　　－　　　） |
| ３　業務の種類 | □あん摩マツサージ指圧　　□はり　　□きゆう |
| ４　休止（廃止・再開）の理由 | □移転　　□法人化　　□開設者死亡  　□病気　　□老齢　　　□廃業  □その他（　　　　　　　　　　　　） |
| ５　休止の期間  　　（廃止又は再開年月日） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保健福祉センター受付印 | 大阪市保健所受付印 | 施設番号 |
|  |  |  |