

施術所 廃止・休止・再開 届出書

平成 年 月 日

大阪市保健所長様

開設者住所

(法人については名称及び代表者氏名)

〒 -

フリガナ
氏名

印

(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 施術所の名称 <small>フリガナ</small>	
2 開設の場所	〒 - (電話番号: - -)
3 業務の種類	<input type="checkbox"/> あん摩マツサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゆう
4 休止(廃止・再開)の理由	<input type="checkbox"/> 移転 <input type="checkbox"/> 法人化 <input type="checkbox"/> 開設者死亡 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> 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

提出部数 2部

大阪市では法令に基づく開設手続きを行っている施術所の情報を本市ホームページに掲載しています。