様式５（あはき用）

出張施術業務　廃止・休止・再開　届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　大阪市保健所長様

　　　　　　　　　　　　　　　施術者（届出者）住所

　〒　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日生

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号：　　　－　　　－　　　　　）

　下記のとおり出張施術業務を休止・廃止・再開したので、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| １　業務の種類 | □あん摩マツサージ指圧　□はり　□きゆう |
| ２　休止期間  　　（廃止又は再開年月日） |  |
| ３　休止（廃止・再開）  　　　の理由 | □移転　　□死亡　　　□施術所開設  　□病気　　□老齢　　　□廃業  　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |

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