

出張施術業務 廃止・休止・再開 届出書

大阪市保健所長様

平成 年 月 日

施術者住所
〒 ー

フリ ガナ
氏 名 印

昭和・平成 年 月 日生

(電話番号: ー ー)

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	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 移転 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 施術所開設 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> 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

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。