

様式3

施 術 所 廃 止 届 出 書

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

施術所開設者 (〒 -)

住所:

氏名:

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名)

下記のとおり、施術所を廃止しました。

1 名称			
2 開設の場所	〒 - 電話番号: - -		
3 業務の種類	<input type="checkbox"/> あんまマッサージ指圧	<input type="checkbox"/> はり	<input type="checkbox"/> きゅう
4 廃止の年月日	令和 年 月 日		
5 廃止の理由			

【留意事項】

廃止に当たり、開設者（法人を除く。）については、運転免許証等により本人確認を行います。

堺市保健所受付印

堺市保健所受付印

提出部数 1部