

様式 4

施術所開設者死亡（失そう）届出書

堺市保健所長 様

令和 年 月 日

届出者（〒 — ）

住所：

氏名：

続柄：

電話番号：

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、施術所の開設者が死亡（失そう）したので届け出ます。

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 死亡（失そう）年月日	令和 年 月 日		

堺市保健所受付印

提出部数 1 部