

様式8

出張施術者の死亡（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：

施術者（〒 - ）

住所：

氏名：

下記のとおり、出張施術者が死亡（失そう）したので届け出ます。

| | | | |
|--------------|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1 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 |
| 2 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