

第3号様式

年 月 日

高知市保健所長 様

住所

開設者

氏名

〔法人にあっては、主たる〕
事務所の所在地及び名称

年 月 日生

電話番号

あん摩マツサージ指圧（はり・きゅう・医業類似行為）

施術所休止（廃止・再開）届

下記のとおりあん摩マツサージ指圧（はり・きゅう・医業類似行為）の施術所を休止（廃止・再開）したので、届け出ます。

記

名 称	
開 設 の 場 所	
開 設 年 月 日	年 月 日 開設
休止（廃止・再開）年月日	年 月 日
休止（廃止・再開）の理由	
休 止 予 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
備 考	

注意事項

- 1 休止（廃止・再開）後10日以内に届け出ること。
- 2 休止（廃止・再開）後10日を経過した場合は、遅延理由書を添えること。