

出張施術休止・廃止・再開届

年 月 日

(あて先)

一 宮 市 保 健 所 長

届出者 住 所

氏 名

(法人にあっては、名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地)

電話番号

下記のとおり、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律による出張専門の施術を
休止・廃止・再開しました。

記

1 名称等

名 称	
-----	--

2 業務の種類（該当する業務を○で囲む。）

あん摩マッサージ指圧 ・ はり ・ きゅう

3 休止・廃止・再開年月日

年 月 日

4 休止・廃止・再開の理由

--

5 再開予定年月日（休止の場合）

年 月 日

※ 「名称」の欄については、呼称があれば記入すること。

※ 休止・廃止・再開後 10 日以内に届け出ること。