

年 月 日

高松市保健所長

開設者 住所

氏名

法人にあつては、主たる事務所の所在地

並びに名称及び代表者の氏名

施 術 所 休 止 届
廃 止 再 開

次のとおり施術所を^{休止}廃止した_{再開}ので、柔道整復師法第19条第2項の規定に

より届けます。

名 称	
開 設 の 場 所	
休止（廃止・再開） 年 月 日	年 月 日
休止の場合における再開予定年月日	年 月 日
休止（廃止・再開）理由	

備考 休止した施術所の再開の場合は、業務に従事する柔道整復師の免許証又は免許証明書の写しを添付してください。