

柔道整復師施術所休止(廃止・再開)届

年 月 日

(宛先)
大津市保健所長

開設者住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

施術所を休止（廃止・再開）したので、柔道整復師法第19条第2項の規定により次のとおり届け出ます。

施術所の所在地	電話 ()
名称	(フリガナ)
開設年月日	年 月 日
休止期間	年 月 日から 年 月 日まで
廃止又は再開の年月日	年 月 日
休止、廃止又は再開の理由	

注 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とします。