

休 止

施 術 所 廃 止 届

再 開

（あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師）

年 月 日

新 潟 市 保 健 所 長 様

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

下記のとおり届出をします。

記

開設者住所 (法人にあっては 主たる事務所の所在地)	郵便番号 住所	電話番号
名称		
開設の場所	郵便番号 住所	電話番号
業務の種類	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう	
<input type="checkbox"/> 休 止 <input type="checkbox"/> 廃 止 の 理 由 <input type="checkbox"/> 再 開		
<input type="checkbox"/> 休 止 <input type="checkbox"/> 廃 止 の年月日 <input type="checkbox"/> 再 開	年 月 日	
休止の予定期間	年 月 日から 年 月 日まで	

注 該当する業務の種類並びに休止、廃止及び再開の□にレ印をつけてください。