別記様式第５号（第２条関係）

休 止
出 張 施 術 業 務　廃 止　届
再 開

年　　　月　　　日

新 潟 市 保 健 所 長　様

住　所　〒

（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　）

氏　名

下記のとおり届出をします。

記

施 術 を 行 う 場 所	
業　務　の　種　類	□あん摩マッサージ指圧　　□はり　　□きゅう
□休　止 □廃　止 の 年 月 日 □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。