

休 止
施 術 所 廃 止 届
再 開
(柔 道 整 復 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 |
| <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 休止、廃止及び再開の□にレ印をつけてください。