年　　月　　日

　　　保健所長　様

開設者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称

及び代表者の職・氏名

　電話番号

あん摩マッサージ指圧（はり・きゅう・医業  
類似行為）施術所休止（廃止・再開）届

　　下記のとおりあん摩マッサージ指圧（はり・きゅう・医業類似行為）の施術所を休止（廃止・再開）したので、届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 開設の場所 |  |
| 開設年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 休止（廃止・再開）年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 休止（廃止・再開）の理由 |  |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 備考 |  |

　注意事項

　　１　休止（廃止・再開）後10日以内に届け出てください。

　　２　休止（廃止・再開）後10日を経過した場合は、遅延理由書を添えてください。