

施術所廃止（休止、再開）届

年 月 日

（あて先）千葉市保健所長

開設者住所（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

〒 ー

連絡先電話番号

連絡先電子メールアドレス

@

ふりがな

開設者氏名（法人の場合は、名称、代表者職氏名）

下記のとおり施術所を廃止（休止、再開）したので届け出ます。

記

ふりがな

1 名 称

2 所 在 地 〒

電話（ ）

3 廃止（休止、再開）年月日

4 休止の場合は再開予定年月日

5 廃止（休止、再開）の理由

※1年間を超える休止の場合は、その理由を詳細に記入ください。