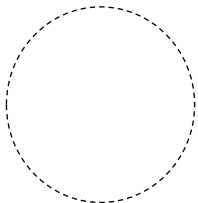


第3号様式（第4条関係）

施 術 所 休 止（ 廃 止 ・ 再 開 ） 届 (柔道整復師)

年 月 日

藤沢市保健所長



〒 ー

開設者 住 所

ふりがな
氏 名

電 話

(法人の場合、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名)

施術所（柔道整復師）を休止（廃止・再開）したので、次のとおり届け出ます。

施 術 所	ふりがな 名 称	
	開設の場所	〒 ー 電話 ー ー
届 出 区 分	<input type="checkbox"/> 休止 <input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 再開	
休止（廃止・再開） 年 月 日	年 月 日	
理 由		
予 定 期 間 (休止の場合)	年 月 日 まで (ー 月)	

添付書類

- ・ 開設者の本人を確認できるもの（マイナンバーカード、運転免許証等）（原本持参、写し添付）

以下、保健所使用欄

施行番号 : 202 - 303 -

施設番号 :

標記のとおり届出があったため、受理するものです。

起案 年月日	所 長	副所長	課 長	主 幹	課長補佐	主 査	担 当	起案者
決裁 年月日								