|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日葛飾区保健所長　　あて住　所届出者氏　名　　　　　　　　　　　　　電　話　番　号　（　　　）ファクシミリ番号　（　　　） |
| 〔 | 開設者と届出者の続柄開設者の（　　　　　　） | 〕 |
| 施術所廃止届施術所を廃止したので、柔道整復師法第１９条第２項の規定により、下記のとおり届け出ます。記 |
| １ | 開設者の氏名 |  |
| ２ | 開設者の住所 | 電話番号　　（　　　）　　　　ファクシミリ番号　　（　　　） |
| ３ | 施術所の名称 |  |
| ４ | 施術所開設の場所 | 葛飾区電話番号　　（　　　）　　　　ファクシミリ番号　　（　　　） |
| ５ | 開設届出年月日及び同番号 | 　　年　　月　　日　　第　　　　　　　　　号 |
| ６ | 廃止の理由 | □　開設者死亡のため（　　　　年　　月　　日　死亡）□　開設者失踪のため（　　　　年　　月　　日　失踪届出）□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ７ | 廃止の年月日 | 　　年　　月　　日 |

（備考）　　該当する□の中にレを付けてください。

副本が必要な場合は、提出書類は、正副２部ご用意ください。