

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	<input type="checkbox"/> 開設者死亡のため (年 月 日 死亡) <input type="checkbox"/> 開設者失踪のため (年 月 日 失踪届出) <input type="checkbox"/> 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。