様式第３号（第２条関係）

あん摩マッサージ指圧（はり・きゅう）施術所休止（廃止・再開）届

年　　月　　日

（提出先）

川越市保健所長

住　所

開設者

氏　名

（法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

電話番号

あん摩マッサージ指圧（はり・きゅう）の施術所を休止（廃止・再開）したので、次のとおり届け出ます。

名　　　　称	
開設の場所	電話番号
開設年月日	年　　月　　日　開設
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　休止（廃止・再開）後１０日以内に届け出ること。