

施術所（休止・再開・廃止）届

年 月 日

明石市長 様

開設者住所 _____
(法人にあっては主たる事務所の所在地)

(ふりがな)
開設者氏名 _____
(法人にあっては、名称及び代表者の職氏名)
電 話 - - (担当:)

次のとおり施術所を（休止・再開・廃止）したので

- あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第9条の2第2項
- 柔道整復師法第19条第2項

に基づき届け出ます。

1	ふりがな 施術所の名称	
2	施術所の所在地	〒 - TEL - - FAX - -
3	休止年月日	年 月 日
	休止の理由	
	再開見込の時期	年 月 日 予定
4	再開年月日	年 月 日
	再開の理由	
5	廃止年月日	年 月 日
	廃止の理由	

〔提出数〕 2部（1部申請者控え）

〔提出日〕 休止・再開・廃止後10日以内