休　止

　　　　　　　　　　　　　施　術　所　廃　止　届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　再　開

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

神戸市保健所長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称及び代表者職氏名）

次の法律に基づき届けます。

　１　あんまマッサ－ジ指圧師、はり師、きゅう師に関する法律

　２　柔道整復師法

　　　（該当する番号に○を付すること）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  １ |  施術所の名称（ふりがな） |  |  |
|  ２ |  施術所の所在地 | 〒　　　　　　　　　　　TEL（　　　　　）　　　　　－ |
|  ３ |  業務の種類 |  　１あんま　　２はり　　３きゅう　　４柔道整復 |
|  ４ |  休止 |  休止年月日 |  　令和　　　年　　　月　　　日 |
|  休止の理由 |  |
|  再開見込時期 |  　令和　　　年　　　月　　 |
|  ５ |  再開 |  再開年月日 |  　令和　　　年　　　月　　　日 |
|  ６ |  廃止 |  廃止年月日 |  　令和　　　年　　　月　　　日 |
|  廃止の理由 |  |

注）１　提出部数　３部（施術所控１部を含む）　　提出先 保健センター（各区役所内）

注）２　開設者死亡（失踪宣告）による廃止の場合は、届出者欄に戸籍法上の届出義務者住所

　　　　氏名・開設者との続柄を記載してください。

注）３　【添付書類】死亡による廃止の場合は、死亡診断書または除籍の戸籍抄本（写で可）

注）４　開設者住所、開設者氏名、施術所名称及び施術所所在地は直近の届出通りに記載

**３・１/１**