様式第５号

**□休止**

**施術所□廃止　届**

**□再開**

　　　年　　　月　　　日

熊本市保健所長（宛）

届出人（開設者）

□あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第９条の２第２項

の規定に

□柔道整復師法第１９条第２項

より、次のとおり休止（廃止、再開）の届出をします｡

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者 | 氏名(法人の場合はその名称） |  |
| 住　 　　所(法人の場合は主たる事務所の所在地） | 〒　　　　　　　TEL　　　　　　　　　FAX |
| 名称（施設） |  |
| 開設の場所 | 〒　　　　　　　TEL　　　　　　　　　FAX |
| 休止(廃止、再開)年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 休止(廃止、再開)の理由 |  |
| 所長 | 首席審議員 | 課長 | 副課長 | 主幹 | 主査 | 係員 | 起案 本届出書を受理したので供覧します。　　 年 月 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 受 付 印 | 決 裁 印 |
|  |  |
| 添付書類１　再開の場合は、施術者の免許証の写し２　開設者の死亡（失踪）による廃止の場合は、開設者の死亡診断書の写し又は戸（除）籍謄（抄）本の写し等 |
| 確認書類（再開の場合のみ）1施術者の本人確認書類　　※施術者が来所しない場合は写しの提出で可（開設者による原本証明が必要）確認書類：運転免許証、健康保険証、障がい者手帳、マイナンバーカード、パスポート等2　施術者の施術免許証の原本 |

備考　　該当する□にレを記入してください。