

出張施術業務廃止届

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市保健所長

出張施術者 住所 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人の場合は、名称及び代表者の職・氏名)

(※)

届出義務者 住所

氏名

(※)

(続柄 )

電話番号

(※) 本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。

下記のとおり、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による出張施術の業務を廃止しました。

記

1 業務の種類

<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧	<input type="checkbox"/> はり	<input type="checkbox"/> きゆう	(該当する□の中に✓を記入すること)
-------------------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------

2 廃止年月日

令和	年	月	日
----	---	---	---

3 廃止理由

----------------------

※ 出張施術していた者が死亡又は失そう宣告を受けたことによる場合は、届出義務者の住所及び氏名も記入すること。