

施術所（あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう）廃止届

令和 年 月 日

（宛先）岡崎市保健所長

開設していた者 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 ）

（※）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。

電話番号 ー

下記のとおり、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律による
施術所を廃止しました。

記

1 廃止した施術所の名称等

名 称	
開設の場所	

2 業務の種類

☐ あん摩マッサージ指圧	☐ はり	☐ きゅう	（該当する□の中に✓を記入すること）
-------------------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------

3 廃止年月日

令和	年	月	日
----	---	---	---

4 廃止理由

--

※ 開設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。