様式第４号

施術所休止（廃止・再開）届

　　年　 月　 日

　（宛先）所沢市長

住　　所

氏　　名

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあつては、その名称、主たる

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事務所の所在地及び代表者の氏名

　下記のとおり施術所を休止（廃止・再開）したので届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施  術  所 | 名称 |  |
| 開設年月日 |  |
| 開設場所 | 所沢市 |
| 電話番号 |  |
| 業務の種類 | ☐あん摩マツサージ指圧　☐はり　☐きゆう |
| 休止期間 | | 年　　 月　 日　　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 廃止（再開）年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 休止（廃止・再開） | |  |