

第3号様式（第4条関係）

休 止
 施 術 所 廃 止 届
 再 開

| | |
|--|----------------------|
| 開設者住所 〔 法人にあつては主たる事務所の所在地 〕 | 電話 () |
| 名 称 | |
| 開 設 の 場 所 | 東京都 電話 () |
| <input type="checkbox"/> 休 止 <input type="checkbox"/> 廃 止 の 理 由 <input type="checkbox"/> 再 開 | |
| <input type="checkbox"/> 休 止 <input type="checkbox"/> 廃 止 の 年 月 日 <input type="checkbox"/> 再 開 | 年 月 日 |
| 休 止 の 予 定 期 間 | 年 月 日 まで |

上記により、届け出ます。

年 月 日

開設者氏名.....
 （法人にあつては名称、代表者職氏名）

千代田区千代田保健所長 殿

（注意）該当する□の中にレをつけること。