

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 _____ ④
 （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。