

□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	
開設場所	大田区 丁目 番号 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	令和 年 月 日
休止予定期間	令和 年 月 日 まで

上記により、届け出ます。

令和 年 月 日

開設者氏名 _____

(法人にあつては名称及び代表者職氏名)

(宛先) 大田区保健所長

(注意) 該当する□の中にレを付けること。