第3号様式（第3条関係）

　休　止

施 術 所 　廃　止　届

　再　開

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開設者住所  〔法人にあっては  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 | | |  | | | | | | |
| 休　止  　廃　止　の　理　由  　再　開 |  | | | | | | | | | |
| 休　止  　廃　止　の 年 月 日  　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 |  |
|  | (法人にあっ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。