**休　止**

**施　術　所　廃　止　届**

**再　開**

年　　　月　　　日

福　山　市　保　健　所　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名前

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人については、名称及び

**休　止**

**次のとおり、施術所を　廃　止　しました。**

**再　開**

１　施術所の名称

２　開設の場所　

　　休止

３　廃止した理由

再開

　　休止

４　廃止した年月日

再開

５　休止の場合は、その予定期間