**休　止**

**専ら出張のみによる業務　廃　止　届**

**再　開**

年　　　月　　　日

福　山　市　保　健　所　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名前

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　）

**休　止**

**次のとおり、業務を　廃　止　しました。**

**再　開**

１　業務の種類

　　休止

２　廃止　した理由

再開

　　休止

３　廃止　した年月日

再開

４　休止の場合は、その予定期間