

施 術 所 休 止 廃 止 再 開 届

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	板橋区 電話 _____（ ）
<input type="checkbox"/> 休 止 <input type="checkbox"/> 廃 止 理 由 <input type="checkbox"/> 再 開	
<input type="checkbox"/> 休 止 <input type="checkbox"/> 廃 止 年 月 日 <input type="checkbox"/> 再 開	年 月 日
休 止 予 定 期 間	年 月 日 まで

上記により届出ます。

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）

【担当者名： 担当者連絡先： 】

（あて先）板橋区保健所長

（注意）該当する□の中に☑を付けること。