

施 術 所 休 止 廃 止 再 開 届

開設者住所 <small>（法人にあっては主たる事務所の所在地）</small>	電話： _____（ ）
名 称	
開 設 場 所	板橋区 電話： _____（ ）
<input type="checkbox"/> 休 止 <input type="checkbox"/> 廃 止 <input type="checkbox"/> 再 開	理 由
<input type="checkbox"/> 休 止 <input type="checkbox"/> 廃 止 <input type="checkbox"/> 再 開	年 月 日
休 止 予 定 期 間	年 月 日まで

上記により届出します。

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。