

第3号様式（第2条関係）

休 止
 施 術 所 廃 止 届
 再 開

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	電話（ ）
<input type="checkbox"/> 休 止 <input type="checkbox"/> 廃 止 の 理 由 <input type="checkbox"/> 再 開	
<input type="checkbox"/> 休 止 <input type="checkbox"/> 廃 止 の 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、届け出ます。

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）

目黒区保健所長 あて

（注意）該当する□の中に✓を記入すること。

（用紙規格 A4）