

第3号様式(第4条関係)

あはき

施 術 所  休 止  
 廃 止 届  
 再 開

|  |                      |
|--|----------------------|
| 開設者住所<br><small>(法人にあっては主たる事務所所在地)</small>   | 電話 ( )               |
| 名 称  |                      |
| 開 設 場 所  | 豊島区 丁目 番 号<br>電話 ( ) |
| <input type="checkbox"/> 休 止<br><input type="checkbox"/> 廃 止 の 理 由<br><input type="checkbox"/> 再 開   |                      |
| <input type="checkbox"/> 休 止<br><input type="checkbox"/> 廃 止 の 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 再 開 | 年 月 日                |
| 休 止 の 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 \_\_\_\_\_ (印)  
 (法人にあっては名称及び代表者職氏名)

豊島区池袋保健所長

(注意) 該当する□の中にレをつけること。