

年 月 日

江戸川区江戸川保健所長 殿

開設者 住 所
氏 名 ㊟

電話番号 ()
法人の場合は、主たる事務所の所在地及び名称・代表者職氏名

□ 休 止
施 術 所 □ 廃 止 届
□ 再 開

下記のとおり、届け出ます。

※ 記載した個人情報、柔道整復師法の施行に必要な限度で利用するほか、江戸川区情報公開条例に規定する不開示情報に該当しない開設者の氏名については、希望者からの求めに応じて情報提供します。

記

名 称	
開 設 場 所	電話番号 ()
□ 休 止 □ 廃 止 の 理 由 □ 再 開	
□ 休 止 □ 廃 止 の 年 月 日 □ 再 開	年 月 日
休 止 の 予 定 期 間	年 月 日 まで

(注意) 1 該当する□の中にレを付けること。