（用紙　日本工業規格Ａ４縦長型）

施術者出張専門業務休止（廃止、再開）届

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　神奈川県　　　保健福祉事務所長　殿

住　所

氏　名

　　次のとおりあん摩マツサージ指圧師等の出張専門による業務を休止（廃止、再開）したので、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免　　　　　　　許 | 業務の種類 | | 免許証に記載された都道府県知事の統轄する都道府県名 | 免許証番号 | 免許年月日 |
| あん摩マツサージ指圧師 | |  | 第号 | 年　月　日 |
| はり師 | |  | 第号 | 年　月　日 |
| きゆう師 | |  | 第号 | 年　月　日 |
| 休止（廃止、再開）年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 休止（廃止、再開）の事由 | |  | | | |

　備考　免許の欄は、該当する箇所のみ記入してください。