施術者出張専門業務休止（廃止、再開）届

年　　　月　　　日

神奈川県鎌倉保健福祉事務所長　殿

住所

氏名

　次のとおりあん摩マッ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 |
| あん摩マッサージ指圧師 |  | 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。