様式第2号(第２条関係)

　年　　月　　日

岩手県　　保健所長　様

住　所

氏　名

年　　　月　　　日生

　　柔道整復師法第19条第１項後段の規定により、次のとおり届けます。

　１　施術所の名称及び所在地

　２　変更事項

　　　変更前

　　　変更後

　３　変更の理由

　４　変更年月日

　注　構造設備の変更にあっては、平面図を添えてください。

（Ａ４）