様式第3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２項の規定により、次のとおり届けます。

　１　施術所の名称

　２　休止（廃止、再開）の理由

　３　休止（廃止、再開）年月日

　４　再開予定年月日（休止届の場合にのみ記載すること。）

（Ａ４）