

歯科技工所休止（廃止、再開）届

年 月 日

保健所長様

開設者住所（法人の場合は主たる事務所所在地）  
〒

電話 （ ）

開設者氏名（法人の場合は名称、代表者職氏名）



下記のとおり、歯科技工所を休止（廃止、再開）したのでお届けします。

1. 名 称	電話 （ ）
2. 所 在 地	〒
3. 開設年月日	年 月 日

記

4. 休止（廃止、再開）年月日

年 月 日

5. 休止（廃止、再開）の理由

6. 休止（再開）の場合、再開予定（休止）年月日

年 月 日