

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。

記

1 名 称	電話 ()
2 所 在 地	〒
3 開設年月日	年 月 日

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(休止)予定年月日

年 月 日