

歯 科 技 工 所 開 設 届 出 事 項 変 更 届

年 月 日

(あて先)
一 宮 市 保 健 所 長

開設者 住 所
氏 名
(法人にあつては、名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地)
電話番号

下記のとおり、歯科技工所の内容を変更しました。
記

1 歯科技工所の名称等

名 称	
開設場所	(電話番号)

2 変更内容

事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日	年 月 日	
変 更 理 由		

- ※ 1 管理者又は業務に従事する歯科技工士・歯科医師を変更した場合は、その氏名の他、登録年月日及び登録番号も記入すること。(各免許証の写し(照合用に原本も持参)を添付してください。)
- 2 構造設備を変更した場合は、「変更前」「変更後」の欄に「別添のとおり」と記入し、変更前・後の概要及び平面図を添付すること。
- 3 歯科技工におけるリモートワークを開始する場合、連絡可能な電話番号・主にリモートワークを行う場所(自宅以外の場合、その住所)を記入すること。
- 4 変更後 10 日以内に届け出ること。