

歯 科 技 工 所 休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開 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、歯科技工所を休止・廃止・再開しました。

記

1 休止・廃止・再開した歯科技工所の名称等

名 称	
開設の場所	

2 休止・廃止・再開年月日

年 月 日

3 休止・廃止・再開の理由

--

4 再開予定年月日（休止の場合）

年 月 日

※ 休止・廃止・再開後 1 0 日以内に届け出ること。