

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、名称及び代表者氏名)

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10日以内に届け出ること。