第１号様式（第２条関係）

歯科技工所開設届

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　（宛先）茅ヶ崎市保健所長  住所又は所在地  届出者　氏名（法人にあっては、名称及び代表者氏名）      電話番号  　歯科技工所を開設したので、次のとおり届け出ます。 | | | | | | |
| 歯科技工所の名称 | |  | | | | |
| 歯科技工所の所在地 | |  | | | | |
| 歯科技工所の電話番号 | |  | 歯科技工所の開設年月日 | | 年　 　 月　 　日 | |
| 管理者 | 住所 |  | | | | |
| 氏名 | 従事年月日 | 資格 | 歯科医籍又は名簿登録年月日 | | 登録番号 |
|  | 年　 月　　日 |  | 年　　月　　日 | |  |
| 業務に従事する者 | 氏名 | 従事年月日 | 資格 | 歯科医籍又は名簿登録年月日 | | 登録番号 |
|  | 年　 月　　日 |  | 年　　月　　日 | |  |
|  | 年　 月　　日 |  |  | |  |
|  | 年　 月　　日 |  |  | |  |
|  | 年　 月　　日 |  |  | |  |
|  | 年　 月　　日 |  |  | |  |
| 開設者の歯科技工所歴 | | 年　　　月　　　日 | |  | | |
| 年　　　月　　　日 | |  | | |
| 年　　　月　　　日 | |  | | |
| 構造設備の概要 | | 別紙のとおり | | | | |
| 歯科技工所の平面図 | | 別紙のとおり | | | | |

備考　１　次に掲げる書類を添付してください。

(1)　管理者の歯科医師免許証又は歯科技工士免許証の写し

(2)　管理者の履歴書

別紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 構造設備の概要 | 面積 | 平方メートル | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 設備及び器具等 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 照明器具 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 換気装置 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手洗設備 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 集塵装置 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 換気 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 消毒設備 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 歯科技工所の平面図 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |