

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																		