第３号様式（第４条関係）

歯科技工所休止・廃止・再開届

|  |
| --- |
| 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　歯科技工所について、次のとおり届け出ます。 |
| 区分 | * 休止　　□　廃止　　□　再開
 |
| 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 |  |
| 休止、廃止又は再開の年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

備考　１　「区分」欄は、該当する□にレ印を記入してください。