

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（法人にあつては、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	<input type="checkbox"/> 休止 <input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 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。