

様式 2

(提出部数：1部)

歯科技工所開設届出事項中一部変更届

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

開設者 住 所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電 話 ( ) - \_\_\_\_\_

〔 法人の場合は、主たる事務所の所在地、  
法人の名称、代表者の職・氏名 〕

下記のとおり開設届出事項中一部を変更しましたので、歯科技工士法第21条第1項及び同法施行規則第13条第2項の規定によりお届けします。

堺市保健所受付印

堺市保健所受付印

ふりがな 1 名称		
2 開設の場所	〒 電話： ( )	
3 変更年月日	令和 年 月 日	
4 変更事項 ※開設者の交代及び開設場所の 移転は廃止・開設の手続による	<input type="checkbox"/> ①開設者の住所及び氏名	<input type="checkbox"/> ⑤業務に従事する者の氏名
	<input type="checkbox"/> ②名称	<input type="checkbox"/> ⑥リモートワークに関する事項 (従事者の氏名、電話番号等)
	<input type="checkbox"/> ③開設の場所	
	<input type="checkbox"/> ④管理者の住所及び氏名	<input type="checkbox"/> ⑦構造設備の概要及び平面図
	新	旧
①開設者の住所及び氏名	氏名： 住所：	氏名： 住所：
②名称		
③開設の場所		
④管理者の住所及び氏名 (免許証原本及び写並びに履歴書 を添付)		
⑤業務に従事する者の氏名  (カッコ内に、歯科医師は(歯)、 歯科技工士は(技)、 その他の者は(他)と記入) (免許証原本及び写を添付)	( )	( )
	( )	( )
	( )	( )
	( )	( )
	( )	( )
⑥リモートワークの実施の有無	有 ・ 無	有 ・ 無
(1) リモートワークを実施 する者の氏名及びその者に 連絡可能な電話番号  (新たに採用する場合は、⑤にも 記載する。)	氏名 電話： ( )	氏名 電話： ( )
	氏名 電話： ( )	氏名 電話： ( )
	氏名 電話： ( )	氏名 電話： ( )
(2) 主にリモートワークを 行う場所。自宅以外の場 所で行う場合、その場所 の住所		
⑦構造設備の概要及び平面図 (変更内容を記載) (歯科技工所新・旧平面図を添付)		
5 変更理由		