

歯科技工所（廃止・休止・再開）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（廃止・休止・再開）しましたので、歯科技工士法第21条第2項の規定によりお届け
します。

【留意事項】

個人開設の場合は、運転免許証等により、本人確認を行います。

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 開設者氏名 (開設者が法人の場合は、 その名称及び代表者の職・氏名)	
4 開設者住所 (開設者が法人の場合は、 主たる事務所の所在地)	
5 廃止・休止・再開の年月日 (休止の場合は、期間も記載)	令和 年 月 日 ----- (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)
6 廃止・休止・再開の理由	