

様式4

歯科技工所廃止・休止・再開届

平成 年 月 日

大阪市保健所長様

開設者住所 〒
(届出者)

氏名 印

(電話:)

[法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地、名称、代表者の役職と氏名]

下記のとおり歯科技工所を休止・廃止・再開しましたので、お届けします。

1 技工所の名称	
2 開設場所	〒 大阪市 区 (電話:)
3 開設者住所及び氏名	〒 (電話:) [法人の場合は、法人の名称、代表者の役職と氏名]
4 休止年月日	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
5 廃止・再開年月日	平成 年 月 日
6 理由	

※ 開設者が死亡のときは、戸籍上の届出義務者の届出が必要

◎提出部数: 2部

保健福祉センター受付印	大阪市保健所受付印	施設番号

【お知らせ】歯科技工所情報(名称・所在地・電話番号)は、大阪市ホームページで掲載されます。