|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 月 日 | | | | | | | | |
| 葛飾区保健所長 あて | | | | | | | | |
|  | | | | 住 所 | | | | |
| 開設者 | | | |  | | | | |
|  | | | | 氏 名 | | | | |
|  | | | | 電話番号 （ ）  ﾌｧｸｼﾐﾘ番号 （ ） | | | | |
| 〔 | | | | | | 法人にあっては、名称、主たる  事務所の所在地及び代表者の氏名 | | 〕 |
| 歯科技工所 | | | | | □休止  □廃止 | | 届 | |
| 下記のとおり歯科技工所を　休止 ・ 廃止　したので、歯科技工士法第２１条第２項の規定により届け出ます。 | | | | | | | | |
| 記 | | | | | | | | |
| １ | 名称 | |  | | | | | |
| ２ | 所在地 | | 葛飾区  電話番号 （ ） ﾌｧｸｼﾐﾘ番号 （ ） | | | | | |
| ３ | 開設届出年月日  及び同番号 | | 年　　月　　日　　　　　第　　　　　号 | | | | | |
| ４ | □ | 休止の理由 |  | | | | | |
| □ | 廃止の理由 |  | | | | | |
| ５ | 休止の予定期間 | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| ６ | 廃止の年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | |

（備　考）

1. 該当する□の中にレを付けてください。
2. 休止の場合は、休止の予定期間を記入してください。
3. 廃止の場合は、廃止の年月日を記入してください。

副本が必要な場合は、申請書類は2部ずつ提出してください。