

年 月 日

葛飾区保健所長 あて

住 所

届出者

氏 名

電話番号 ()

ファクシミリ番号 ()

〔 開設者と届出者の続柄
開設者の () 〕

歯 科 技 工 所 廃 止 届

下記のとおり歯科技工所を廃止したので、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 開設者氏名	
2 開設者住所	電話番号 () ファクシミリ番号 ()
3 歯科技工所の名称	
4 歯科技工所の所在地	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
6 廃止の理由	<input type="checkbox"/> 開設者死亡のため (年 月 日 死亡) <input type="checkbox"/> 開設者失踪のため (年 月 日 失踪届出)
7 廃止の年月日	年 月 日

(備 考)

該当する□の中にレを付けてください。

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。