|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | □　開設者死亡のため　（　　　　年　　月　　日　死亡　）  □　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。