

歯科技工所廃止届

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市保健所長

開設者 住所 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人の場合は、名称及び代表者の職・氏名)

(※)

(※) 本人 (代表者) が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号

下記のとおり、歯科技工所を廃止しました。

記

1 廃止した歯科技工所の名称等

名 称	
開設の場所	

2 廃止年月日

令和	年	月	日
----	---	---	---

3 廃止理由

--

※ 開設していた者が死亡又は失そう宣告を受けたことによる場合は、届出義務者の住所及び氏名も記入すること。