

第3号様式

年 月 日

高知市保健所長 様

住 所

開設者

氏 名

(法人のときは、主たる
事務所の所在地、名称
及び代表者の職・氏名)

電話番号

歯科技工所休止（廃止・再開）届

下記のとおり歯科技工所を休止（廃止・再開）したので、届け出ます。

記

1 名 称	
2 所 在 地	
3 開設届出年月日	
4 休止（廃止・再開） した理由	
5 休止（廃止・再開） の年月日	
6 休 止 予 定 期 間	

備考

- 1 休止後、廃止後又は再開後10日以内に届け出てください。
- 2 休止後、廃止後又は再開後10日を経過したときは、遅延理由書を添えてください。