

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。