

様式第1号（第2条関係）

歯 科 技 工 所 開 設 届

年 月 日

（宛先）下関市立下関保健所長

〒 ー  
届出者（開設者） 住所  
氏名  
電話（ ） ー

下記のとおり歯科技工所を開設したので、関係書類を添えて届け出ます。

記

歯 科 技 工 所	名称			
	場所	〒		
	電話（ ） ー	FAX（ ） ー		
開設の年月日	年 月 日			
管 理 者	住所	〒		
	氏名			
	登録番号		登録年月日	
業務に従事する者				
構造設備の概要				

添付書類

- 1 構造設備の平面図（室の区分、各室の床面積及び窓、換気装置、手洗設備、歯科技工を行うために必要な設備器具等の位置を明記すること。）
- 2 管理者及び業務に従事する者の歯科医師又は歯科技工士の免許証の写し

備考

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。
- 2 届出者（開設者）の住所及び氏名は、法人にあっては、その主たる事務所の所在地及び名称並びに代表者の役職及び氏名を記入すること。
- 3 歯科医師又は歯科技工士の免許証の写しについては、原本の確認を要する。
- 4 法人にあっては、登記簿謄本の確認を要する。