

第3号様式

歯科技工所休止（廃止・再開）届

年 月 日

(あて先) 川崎市 保健所長

住所

氏名

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名並びに印)

電話番号

次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。

名 称		電話
開設場所		
事 由	<input type="checkbox"/> 休 止 <input type="checkbox"/> 廃 止 <input type="checkbox"/> 再 開	
年 月 日	年 月 日	
理 由		
休止の場合 は予定期間	年 月 日から 年 月 日まで (箇月)	