第３号様式

歯科技工所休止(廃止・再開)届

　　年　　月　　日

(宛先)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 |

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 | □　休止 | □　廃止 | | □　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) | | | |