

歯科技工所再開届

年 月 日

(宛先) 秋田市保健所長

〒 ー
開設者 住 所 _____

(ふりがな)
氏 名 _____
(法人であるときは、主たる事務所の所在地、名称および代表者の職、氏名)
(電 話 : _____)

歯科技工所を再開したので、歯科技工士法第 2 1 条第 2 項の規定に基づき届け出ます。

1 名 称 _____ (電話 : _____)

2 所在地 〒 ー
秋田市 _____

3 再開の年月日 : _____ 年 月 日

4 再開の事由