

歯 科 技 工 所 開 設 届

年 月 日

保健所長様

開設者住所（法人の場合は主たる事務所所在地）

〒

電話 （ ）

開設者氏名（法人の場合は名称、代表者職氏名）

㊟

下記のとおり、歯科技工所を開設したのでお届けします。

記

1. 名 称	電話 （ ）
2. 開設場所	〒
3. 開設年月日	年 月 日
4. 管理者の 住所、氏名	
5. 従業員の 氏名、資格	
6. 周囲見取図	別添のとおり
7. 敷地の面積	m ² （敷地平面図別添のとおり）

8. 建物の構造設備の概要及び平面図

構 造	地上 階、地下 階	建物延面積 m ²
歯 科 技 工 室 器 械 設 備 概 要		
平 面 図	別添のとおり	

記入注意：平面図中に、各室の用途を記入すること。なお技工室については、防塵設備その他の器械設備の保有状況についても記入すること。

添 付 書 類

1. 歯科医師又は歯科技工士については、免許証の写し（要原本照合）及び履歴書
2. 周囲見取図
3. 敷地平面図
4. 建物平面図
5. 開設者が法人である場合は、定款、寄附行為又は条例