

(歯技02)

歯科技工所届出事項変更届

年 月 日

藤沢市保健所長

住所

開設者

氏名

(法人の場合は、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の届出事項に変更を生じたので、届け出ます。

ふりがな 名称				電話	
開設場所					
変更年月日		年 月 日			
変更内容	変更事項				
	変更前の内容				
	変更後の内容				
変更後の 従事者	氏名	資格	免許番号及び 登録年月日	開設場所以外の場所での業務	
				実施	実施の場合、業務を行う場所の 所在地及び電話番号
			第 年 月 号 日	有・無	
			第 年 月 号 日	有・無	
			第 年 月 号 日	有・無	

(業務従事者 別紙添付あり)

【添付書類】

- ・変更内容を証明できる資料（戸籍抄本、住民票、従事者の資格及び本人確認ができるもの等）

以下、保健所使用欄

施行番号 : 202 - 102 -

標記のとおり届出があったため、受理するものです。

施設番号 :

起案 年月日 . .	所長	副所長	課長	主幹	課長補佐	主査	担当	起案者
決裁 年月日 . .								