

様式第 1 (第 2 条関係)

歯科技工所開設届

年 月 日

豊橋市保健所長 様

届出者 住 所

ふりがな  
氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者氏名)

電話番号

歯科技工士法第 2 1 条第 1 項の規定により届け出ます。

名 称	
開設の場所	電話番号
開設の年月日	年 月 日
構造設備の概要 及び平面図	別添のとおり
敷地周辺見取図	別添のとおり

管理者 (免許証の写しを添付)

氏 名	
住 所	

業務に従事する者の氏名、資格 (免許証の写しを添付)

氏名	資格	歯科技工におけるリモートワークを行う場合に記載	
		連絡可能な 電話番号	主にリモートワークを行う場所 (自宅以外の場合、その住所)
	歯科医師・歯科技工士		自宅・自宅以外 ( )
	歯科医師・歯科技工士		自宅・自宅以外 ( )
	歯科医師・歯科技工士		自宅・自宅以外 ( )
	歯科医師・歯科技工士		自宅・自宅以外 ( )

※ 開設後 10 日以内に届け出ること。