

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

(法人にあっては、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	氏名	資格
	歯科医師・歯科技工士		歯科医師・歯科技工士
	歯科医師・歯科技工士		歯科医師・歯科技工士
	歯科医師・歯科技工士		歯科医師・歯科技工士
	歯科医師・歯科技工士		歯科医師・歯科技工士

※ 開設後 1 0 日以内に届け出ること。