

歯 科 技 工 所 開 設 届

年 月 日

新潟市保健所長 様

住 所（法人にあっては主たる事務所の所在地）

氏 名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

下記のとおり歯科技工所を開設したので届出をします。

記

名		称		
開 設 の 場 所		郵便番号	電話番号	
		住所		
開 設 年 月 日		年 月 日		
管 理 者	住	所		
	氏	名		
業務に従事する者の氏名				
病院、診療所等に併設する場合は、その施設の名称、所在地及び診療科目		名 称	所 在 地	
		診療科目		
現に他の歯科技工所を開設し、管理し、又は勤務している場合は、その名称及び所在地		名 称	所 在 地	

歯 科 技 工 室	室 面 積 (その他の室と同室の場合は、その使用面積)	m ² その他の室 m ² 使用面積 m ²
	採 光 , 照 明 等 の 状 況	
	給 水 設 備	
	火気を使用する場所の 防火設備	
	薬品, 材料等の保管方法	
	材 料 , 廃 品 等 の 処 理	
	そ の 他 の 必 要 事 項	
建物の構造概要及び平面図(別添)		建 坪 m ² 階建 延 坪 m ²

添 付 書 類

- 1 開設者が個人（歯科医師及び歯科技工士）の場合は、免許証の写し（窓口で原本照合）
- 2 開設者が法人の場合は、定款又は寄附行為、登記事項証明書（原本）及び管理者の免許証の写し（窓口で原本照合）
- 3 業務に従事する歯科医師及び歯科技工士の免許証の写し（窓口で原本照合）
- 4 附近の見取図（地図）及び技工所の平面図
(平面図には機械器具等の配置を様式第 104 号の番号で記入してください)