

別記様式第1号（第2条関係）

歯 科 技 工 所 開 設 届

年 月 日

新潟市保健所長 様

住 所（法人にあつては主たる事務所の所在地）

氏 名（法人にあつ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)	その他の室	m ²	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	階建	建坪	m ²	
				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）