

別記様式第3号（第4条関係）

歯 科 技 工 所
廃止
休 止
再 開
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
<input type="checkbox"/> 休 止 <input type="checkbox"/> 廃 止 の 理 由 <input type="checkbox"/> 再 開	
<input type="checkbox"/> 休 止 <input type="checkbox"/> 廃 止 の年月日 <input type="checkbox"/> 再 開	年 月 日
休 止 の 予 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで