**休 止**

**歯　科　技　工　所　廃　止　届**

**再　開**

令和　　　年　　　月　　　日

神戸市保健所長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称及び代表者職氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | １ | 歯科技工所の名称  （ふりがな） | |  |  |
| ２ | 歯科技工所の所在地 | | TEL（　　　　　）　　　　　－ |
| ４ | 休止 | 休止年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 休止の理由 |  |
| 再開見込時期 | 令和　　　　年　　　　月 |
| ５ | 再開 | 再開年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ６ | 廃止 | 廃止年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 廃止の理由 |  |

注）１　提出部数：３部（歯科技工所控１部を含む）提出先：保健センター（各区役所内）

注）２　開設者死亡（失踪宣告）による廃止の場合は、届出者欄に戸籍法上の届出義務者住所

　　　　氏名・開設者との続柄を記載してください。

注）３　【添付書類】　死亡による廃止の場合は、死亡診断書または戸籍の除籍抄本（写で可）

注）４　開設者住所、開設者氏名、技工所名称及び技工所所在地は直近の届出のとおり記載

**３・１/１**