**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**