**歯　科　技　工　所　開　設　届**

年　　　月　　　日

福山市保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名前

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては，主たる事務所の

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地，名称及び代表者の名前

　次のとおり，歯科技工所を開設しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　　称 |  |
| 開設場所 | 電話 |
| 開設年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 管理者 | 名前 |  |
| 住所 |  |
| 免許の種別番号，登録年月日 | 種　　別： 歯科医師 ・ 歯科技工士免許番号： 第　　　　　　　号　 　登録年月日：　 　　年　　月　　日 |
| 業務従事者 | 名前 | 免許番号登録年月日 | リ モ ー ト ワ ー ク※1 |
| 実 施 | （実施有の場合）実施場所の住所，電話番号 |
|  | 第　　　　　 号　　年 月 日 | 有・無 |  |
|  | 第　　　　　 号　　年 月 日 | 有・無 |  |
|  | 第　　　　　 号　　年 月 日 | 有・無 |  |
|  | 第　　　　　 号　　年 月 日 | 有・無 |  |
| 構造概要 | 　　木造　・　鉄筋コンクリート　・　その他（　　　　　　　　　　） |
| 技工所延床面積 | ㎡ ≧ １０㎡ |
| 床の材質 | 　　板張り ・　コンクリート　・　その他（　　　　　　　　　　　） |
| 手洗設備 | 　　　有　 ・　無 |
| 個人情報の適切な管理のための特段の措置 ※2 | 　　　有　 ・　無　 ・　非該当 |

※1　歯科技工所以外の場所において，電子計算機を用いた情報処理による，特定人に対する歯科医療の用に供する補てつ物，充てん物又は矯正装置の設計及びこれに付随する業務

※2　リモートワークを行う者がいない場合は「非該当」

歯科技工を行うために必要な設備及び器具等

（備えている設備及び器具の前に□に✔を付すこと）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 防音装置
 | * 防火装置
 | * 消火器
 | * 照明設備
 |
| * 空調設備
 | * 給排水設備
 | * 石膏トラップ
 | * 空気清浄機
 |
| * 換気扇
 | * 技工用実体顕微鏡（マイクロスコープ）
 | * 電気掃除機
 | * 分別ダストボックス
 |
| * 防塵用マスク
 | * 模型整理棚
 | * 書籍棚
 | * 救急箱
 |
| * 吸塵装置

（室外排気が望ましい） | * 歯科技工用作業台
 | * 材料保管棚（保管庫）
 | * 薬用保管庫
 |

添付書類

1. 歯科医師及び歯科技工士の免許証の写し（原本照合を行うため，原本も持参）
2. 敷地の平面図及び周辺図
3. 建物の平面図