**休　　止**

**歯　科　技　工　所　　廃　　止　　届**

**再　　開**

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

　　　　　　　　　　　　　　休　止

　次のとおり，歯科技工所を　廃　止　しました。

　　　　　　　　　　　　　　再　開

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　　称 |  |
| 開設場所 | 電話 |
| 休止・廃止・再開年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 休止・廃止・再開の理由 |  |
| 備考 |  |

注意事項

1. 休止の場合は，その予定期間を備考欄に記載