

様式 4

歯科技工所開設届出証明願

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市保健所長

開設者住所：

開設者氏名：

電 話：

〔法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地、法人の名称、代表者の職・氏名〕

下記の事項について歯科技工士法第21条及び歯科技工士法施行規則第13条の規定により歯科技工所開設の届出を行ったことを証明願います。

記

名 称：

所 在 地：

開 設 者：

開 設 年 月 日：

開設届出年月日：

願 出 の 理 由：

健総第 号
令和 年 月 日

上記のとおりであることを証明します。

寝屋川市保健所長