

第3号様式

歯科技工所休止(廃止・再開)届

年 月 日	
船橋市保健所長 へ	
住所 氏名 ㊟ (法人にあつては、主たる事務所の 所在地、名称及び代表者の氏名) 電話番号	
名称	
開設の場所	
休止(廃止・再開) 年月日	
休止(廃止・再開) の理由	