

歯科技工所開設届出事項変更届

令和 年 月 日

尼崎市保健所長 様

開設者住所 _____
(法人にあっては主たる事務所の所在地)

(ふりがな)
開設者氏名 _____
(法人にあっては、名称及び代表者の職氏名)
電 話 - - (担当:)

次のとおり歯科技工所の開設届出事項を変更したので、歯科技工士法第21条第1項に基づき届け出ます。

1	歯 ^ふ 科 ^り 技 ^が 工 ^な 所の名称		
2	技工所の所在地	〒 -	
		TEL () - FAX () -	
3 変 更 届 出 事 項	(1) 開設者の住所及び氏名	変更年月日	年 月 日
	(2) 名称	変更の理由	
	(3) 管理者の住所及び氏名	変更前	
	(4) 業務に従事する者の氏名 並びにリモートワークを行 う場合は、その旨及び当該者 の連絡先等	変更後	
	(5) 構造設備の概要及び平面図	変更年月日	年 月 日
	(6) 歯科技工所等の住居表示変 更 ※該当する項目を○で囲むこ と。	変更の理由	
		変更前	
		変更後	

- 注) 1 変更後10日以内に管轄健康福祉事務所(保健所)あて届出すること。
 2 記載事項の欄が不足する場合は、随時、追加、削除して下さい。
 また、変更前・後の全体状況が確認できるよう記載するとともに、記載しきれない場合は別紙を添付すること。
 3 管理者交代の場合、履歴書及び免許証の写しを従事者の場合、免許証の写し添付する。管理者交代の場合のみ免許証原本を持参し、健康福祉事務所(保健所)職員の照合を受けること。
 4 住所変更の場合は、住民票の写し等、新たな住所が確認できるもの。氏名変更の場合は、戸籍抄本の写し。住居表示変更の場合は、新たな住居表示を証する書面。法人等による開設における名称変更場合は、登記簿謄本(履歴事項全部証明書)。
 それぞれの変更事項に基づき必要となる書類を添付すること。
 5 開設代表者の変更は届出不要。

構造設備の概要および平面図

変更前

変更後

- 注) 1 技工所の平面図は、この用紙に記入するか貼付する。又は、設計士等の作成した各階単位の図面を添付してもよい。
- 2 図面上に各室の用途等を詳細に記載すること。また、変更部分は変更前を青色の線、変更後を朱色の線で囲むこと。

歯科技工士法施行規則第 13 条の 2 に規定する歯科技工所の構造設備の適合状況及び歯科技工士法施行規則第 15 条の状況

<p>構 造 設 備</p>	<p>歯科技工を行うのに必要な設備及び器具を備えていること ※「歯科技工を行うに必要な設備及び器具等」は以下の通り ※備え付けている項目に○を入れてください。 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、技工用実験体顕微鏡（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）、薬品保管庫</p>	<p>有・無</p>
	<p>歯科技工を円滑かつ適切に行うのに支障のないよう設備及び器具等が整備及び配置されており、かつ、清掃及び保守が容易に実施できるものであること</p>	<p>適・不適</p>
	<p>手洗設備を有していること</p>	<p>有・無</p>
	<p>常時居住する場所及び不潔な場所から明確に区別されていること</p>	<p>適・不適</p>
	<p>安全上及び防火上支障がないよう機器を配置でき、かつ 10 平方メートル以上の面積を有すること</p>	<p>有・無 面積 m²</p>
	<p>照明及び換気が適切であること</p>	<p>適・不適</p>
	<p>床は、板張り、コンクリート又はこれらに準じずるものであること。ただし、歯科技工作業の性質上やむを得ないと認められる場合は、この限りでない</p>	<p>適・不適</p>
	<p>出入口及び窓は、閉鎖できるものであること</p>	<p>適・不適</p>
	<p>廃水及び廃棄物の処理に要する設備及び器具を備えていること</p>	<p>適・不適</p>
	<p>歯科技工に伴って生じるじんあい又は微生物による汚染を防止するのに必要な構造及び設備を有すること</p>	<p>適・不適</p>
	<p>リモートワークを行うものがある場合は、個人情報の適切な管理のための特段の措置を講じていること</p>	<p>適・不適</p>
	<p>「歯科技工録」及び「手順書」が整備されているか</p>	<p>適・不適</p>
<p>備考</p>		

履 歴 書

本 籍 _____ 都・道・府・県

現 住 所 _____

ふりがな
氏 名 _____

大正
昭和 年 月 日生
平成

免許証登録番号 第 _____ 号
登 録 年 月 日 _____ 年 月 日

年 月 日	学歴（高等学校卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く）
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	

注) 1 免許証の写し(A4サイズ)を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所(保健所)職員の照合を受けること。