

歯科技工所開設者死亡（失そう宣告）届

令和 年 月 日

尼崎市保健所長 様

戸籍法の届出義務者

住 所 _____

本人との続柄 _____

氏 名 _____

電話 - - (担当:)

次のとおり歯科技工所の開設者が（死亡した・失そう宣告を受けた）ので、届け出ます。

1 歯 ^ふ 科技 ^り 工所 ^が の ^な 名称	
2 歯科技工所の所在地	〒 - TEL - - FAX - -
3 開設者の氏名	
4 開設者の住所	
5 死亡(失そう宣告) 年月日	令和 年 月 日

注) 1 副本が必要な場合、2部提出すること。
2 戸籍法上の届出義務者による届出であること。