歯　様式４

**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　 |  |
| 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。