

(様式3)

歯 科 技 工 所 報 告 表

記入年月日 令和 年 月 日

1 施設の概要

施設名		開設年月日	
所在地			
開設者名	(電話)		

2 従事者の氏名等

氏 名	歯科医籍登録番号又は 歯科技工士名簿登録番号 (登録県名※1)	リモートワーク (※2)の有無	【左記が有の場合】 リモートワークを実施する 場所の住所及び電話番号
(管理者)		有・無	(Tel -)
		有・無	(Tel -)
		有・無	(Tel -)
		有・無	(Tel -)

※1 届出登録県名は昭和57年3月31日以前に歯科技工士免許を取得された方のみ。

※2 歯科技工所以外の場所において行う、電子計算機を用いた情報処理による、特定人に対する歯科医療の用に供する補てつ物、充てん物又は矯正装置の設計及びこれに付随する業務。