休　止

廃　止

再　開

　　届書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 |  |
| 許可番号及び年月日 | 　　　　　第　　　　　　　号　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 薬局、店舗又は営業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 　　の年月日休　止廃　止再　開 | 　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 備考 |  |

休止

廃止

再開

上記により、　　　の届出をします。

　　　　　年　　　月　　　日

住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

（あて先）一宮市保健所長

（記載上の留意事項）

１　字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書いてください。

２　業務の種別欄には、薬局、薬局製造販売医薬品製造販売業、薬局製造販売医薬品製造業、店舗販売業、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業、管理医療機器の販売業若しは貸与業の別を記載してください。

３　管理医療機器の販売業又は貸与業にあっては、許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日欄に、その販売業又は貸与業の届出を行つた年月日を記載してください。

４　休止の場合には、休止、廃止又は再開の年月日欄に「○年○月○日まで休止の予定」と付記してください。