

休 止 届 書 再 開

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	
休 止 再 開 の 年 月 日		年 月 日
備 考		

休 止
上記により、廃 止 の届出をします。
再 開

年 月 日

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、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く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つては、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「〇年〇月〇日まで休止の予定」と付記してください。