　　　　　　　　　　　　休　　　止

　　　　　　　　　　　　廃　　　止　　　届　　　書

　　　　　　　　　　　　再　　　開

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業務の種別 | |  |  |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | | 第　　　　号　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事務所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 休止、廃止又は再開の年月日 | | 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

　広島県知事　様

　広島県　　　　保健所長　　様