**休　止**

**廃　止　届　書**

**再　開**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業　務　の　種　別 | |  |
| 許可番号及び年月日 | |  |
| 薬局，製造所，営業所又は店舗 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 休止，廃止又は再開の  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

法人にあっては，主たる事務所の所在地

住　所

法人にあっては，名称及び代表者の氏名

氏　名

広島県　　　保健所長　様