

休 止 届 書
 廃 止 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		

上記により、 休 止
 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