

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		

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