様式第八

 休　止

 廃　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、主たる機能を有する事務所、製造所、営業所又は店舗 | ﾌﾘｶﾞﾅ名称 | （電話　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所在地 | 〒 |
| 休止、廃止又は再開の年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 薬局製剤製造販売承認の整理 |  |
| 備考 | 【兼営事業】薬局、医薬品販売業　　　　　　　許可番号　　 　 号・　　　　年　　月　　日薬局製剤製造業･製造販売業　　 　許可番号　　　　号・　　　　年 月 日高度管理医療機器販売業･貸与業　 許可番号　　　 号・　　　　年　　月　　日毒物劇物一般販売業　　 　登録番号　　　　号・　　　　年 月 日理由： |

　　　　　　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、主たる事業所の所在地

氏　名

法人にあつては名称及び代表者の氏名

寝屋川市長　様

【連絡先】　担当者名：

　　　　　　　電話番号：