

休 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 ^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		
	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：