

◆◆◆ 廃止・休止・再開届の手引き ◆◆◆

◎ 提出部数：1部（写しを取って、控えを保管してください。）

◎ 申請書の提出先：

名 称	所 在 地
寝屋川市健康部保健総務課 (寝屋川市保健所) 薬事担当	寝屋川市池田西町28番22号 (保健福祉センター2階) 電話 072-829-7771

1 廃止届について

薬局、医薬品販売業、薬局製造販売医薬品製造業・製造販売業、高度管理医療機器等販売業・貸与業、管理医療機器販売業・貸与業等の業務を廃止した場合は、**廃止後 30 日以内**に許可証（原本）を添えて廃止届書を提出してください。（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（以下「法」という。）第10条）

- ・ 備考欄に廃止する理由を記載してください。
- ・ 薬局製造販売医薬品製造販売業の許可を取得されている場合には、承認書（原本）もあわせて提出してください。
- ・ 許可証（及び薬局製造販売医薬品製造販売業の廃止の際には承認書）を紛失した場合には、紛失理由書を添付してください。
- ・ 麻薬小売業・覚醒剤原料に関することなどは、大阪府へ申請してください。

【参考】大阪府の問合せ先

・麻薬小売業 ・覚醒剤原料所有について の報告書 など	大阪府 守口保健所 薬事課 〒570-0083 守口市京阪本通二丁目5-5 守口市庁舎8階 電話 (06)6993-3135 FAX (06)6993-3136
-----------------------------------	---

2 休止届について

薬局、医薬品販売業、高度管理医療機器等販売業・貸与業、管理医療機器販売業・貸与業等の業務を休止する場合には、**休止後 30 日以内**に休止届を提出してください。（法第10条）

- ・ 手数料、添付書類は不要です。
- ・ 備考欄に休止する理由と、いつまで休止予定かを記載してください。
- ・ 休止の期間は3ヶ月以内とし、3ヶ月以上休止する場合は、3ヶ月ごとに休止届を提出してください。

3 再開届について

休止していた業務を再開した場合には、**再開後 30 日以内**に再開届を提出してください。（法第10条）

- 手数料、添付書類は不要です。

4 各種様式の入手方法

様式については、寝屋川市ホームページより入手できます。

寝屋川市ホームページ (<https://www.city.neyagawa.osaka.jp>)

→各課のご案内→「健康部」→「保健総務課」→「申請書のダウンロード（薬事）」

→該当する業種を選択

→「廃止・休止・再開届書」

休 止 届 書 ①

廃 再 開

業 務 の 種 別				②
許 可 番 号 及 び 年 月 日	第 △△△△△△△ 号 ○○年□□月△△日			③
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 ^ス ナ 名 称	○○ 薬局 (電話 ×××-××××-×××)		④
	所 在 地	〒○○○-○○○○ 寝屋川市○○町○-○ ○○ビル1階		
休止、廃止又は再開の年月日	令和○○年△△月□□日			⑤
薬局製剤製造販売承認の整理	別添承認書の承認整理につきお取り計らい願います。			
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： 廃止の場合は廃止の理由(移転・完全廃止等)を記載。 休止の場合は休止の理由(管理者が入院のため等)及び「○年○月○日までの予定(休止期間は概ね3カ月以内)」と記載。			⑥

休止
上記により、廃止 の届出をします。
再開

令和○○年○月○○日 ⑦

住 所 〒○○○-○○○○
(法人にあっては、主
たる事業所の所在地) ○○市○○町○番○号

氏 名 株式会社 ○○○○
(法人にあっては名称)
(及び代表者の氏名) 代表取締役 ○○ ○○

⑧

寝屋川市長 様

【連絡先】 担当者名：○○ ○○
電話番号：○○-○○-○○○○

⑨

休止・廃止・再開届書 記載時の留意点

- ① 休止・廃止・再開の該当項目を○印で囲んでください。
- ② 業務の種別
 - 休止・廃止・再開を行う主業態（薬局、薬局製剤製造業、薬局製剤製造販売業、店舗販売業、高度管理医療機器等販売業・貸与業、管理医療機器販売業・貸与業）を記載してください。
 - なお、休止・廃止・再開する業態が複数にわたる場合は、備考欄に該当業態の業務の種別、許可番号および許可年月日を記載してください。
- ③ 許可番号および年月日
 - 許可を受けている店舗の許可番号および許可年月日（有効期間の開始年月日）を記載してください。
- ④ 名称、所在地
 - 許可証に記載されている名称、所在地を記載してください。
- ⑤ 休止・廃止又は再開年月日
 - 休止・廃止・再開した年月日を記載してください。
- ⑥ 備考欄
 - 廃止の場合は廃止の理由（移転・経営者変更・完全廃止等）を記載してください。
 - 休止の場合は休止の理由（管理薬剤師が入院のため等）及び「○年○月○日までの予定（休止期間は概ね3カ月以内）」と記載してください。
 - 薬局製造販売承認の整理を廃止と同時にを行う場合は、「別添承認書の承認整理につきお取り計らい願います。」と記載し、製造販売承認書を添付してください。
- ⑦ 届出年月日
 - 届書の提出日を記載してください。
- ⑧ 申請者の住所、氏名
 - 個人の場合は現住所、法人の場合には登記された本社の所在地を記載してください。
 - 個人の場合は、個人名を記載し、法人の場合は登記された商号および代表取締役名を記載してください。
 - 開設者が死亡（個人）もしくは解散（法人）したときは、その相続人もしくは相続人に代わって相続財産を管理する者または精算人、破産管財人もしくは合併後存続もしくは合併により設立された法人の代表者が代理人として届出をおこなってください。
- ⑨ 連絡先
 - 担当者名及び電話番号を記載してください。