

様式第八(第十八条、第百三十二条、第百五十九条の二十三、第百七十七条、第百九十六条の十三関係)

# 記載例

## 休 止 廃 止 再 開 届 書

該当するものを で囲みます。

業 務 の 種 類	該当する業種を記載してください。 (例) 高度管理医療機器等販売業	
許 可 番 号 及 び 年 月 日	第 号 平 成 年 月 日 許可年月日は、許可証の有効期限の始めの日付を記載します。	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事務所	名 称	機器 許可証のとおりに入力してください。
	所 在 地	東京都渋谷区宇田川町 1 - 1
休 止 、 廃 止 又 は 再 開 の 年 月 日	平 成 年 月 日 休止・廃止・再開した日付を記載します。	
備 考	許可証を紛失のため添付できない時は、その旨を備考欄に記載してください。	

上記により、**休止・廃止・再開**の届出をします。

平成 年 月 日

届出日を記載します。

任 所 東京都渋谷区宇田川町 1 - 1  
(法人にあっては、主たる事務所所在地)

法人の場合は、登記された本店の所在地、名称及び代表者の氏名を記載します

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

印

法人の場合は、登記された代表者の印鑑を押して下さい。

電話番号 ( )

担当者名

渋谷区保健所長 殿

連絡先と担当者名を記載します。