休　止

廃　止　届　書

再　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 | | 年　　月　　日 |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事業所 | 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（）

　　　　　　　　　　　　　氏名（）　　　　　　　　　　　　　　　印

市立函館保健所長　様

連絡先：電話　　　　　　　　　　担当者