

様式第八

休 止 届 書
廃 止 届 書
再 開 届 書

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	令和 年 月 日		
備 考	【理由】		

上記により 休止
廃止 の届出をします。
再開

令和 年 月 日

住 所 (法人にあっては、主
たる事業所の所在地)
〒 -

氏 名 (法人にあっては、名
称及び代表者の氏名)

水戸市保健所長 様

担当者 氏 名 _____ 連絡先 _____

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 業務の種別欄には、薬局、薬局製造販売医薬品の製造販売業、薬局製造販売医薬品の製造業、店舗販売業、卸売販売業、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業、管理医療機器の販売業若しくは貸与業の別を記載すること。
- 4 管理医療機器の販売業又は貸与業にあっては、許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日欄に、その販売業又は貸与業の届出を行った年月日を記載すること。
- 5 休止の場合には、休止、廃止又は再開の年月日欄に「〇年〇月〇日まで休止の予定」と付記すること。