様式第八

休　止

廃　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 | ﾌﾘｶﾞﾅ  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】 |

休止

上記により 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「○年○月○日まで休止の予定」と付記すること。