|  |
| --- |
| **休　止****廃　止　　届　　　書****再　開** |
| 業務の種別 |  |
| 許可番号及び年月日 |  |
| 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 |  |
| 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 | 法人にあつては、主たる事務所の所在地 |  |
| 氏名 | 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 |  |

福井市長　　殿