|  |
| --- |
| **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

法人にあつては、主

たる事務所の所在地

住 所

法人にあつては、名

称及び代表者の氏名

　　　氏　　名

福井市長　　　　　　　　　　殿