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、店舗又は営業所 | 名 称 |  |
| 所在地 |  |
| 休止、廃止、又は再開の年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 備　　　考 | 廃止(休止)の理由： |

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〔　　〕

堺　市　長　 殿

〔連絡先〕担当者名：

電話番号：