

休 止

廃 止 届 書

再 開

業 務 の 種 別	高度管理医療機器等販売業・貸与業 など	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	第〇〇〇〇号 令和〇△年 □月 △日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名 称	〇〇〇〇
	所 在 地	〇〇市 △△町 □丁目 □番 □号
休止、廃止又は再開の年月日	令和〇〇年 △月 △日	
備 考		

有効期限の開始年月日を記入してください。

上記により、廃止の届出をします。

令和〇〇年 △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 )

個人の場合は現住所、個人名を記載し、法人の場合は登記された主たる事業所の所在地・名称及び代表者の氏名を記載してください。

TEL

FAX

和歌山市保健所長 様