

様式第八（第十八条、第百五十九条の二十三、第百七十七条関係）

休 止 届 書
 廃 止 開
 再

業 務 の 種 別		薬 局
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		第 号 年 月 日
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名 称	
	所在地	
休 止 、 廃 止 又 は 再 開 の 年 月 日		年 月 日
備 考		

上記により、
 休止
 廃止
 再開
 の届出をします。

年 月 日

住 所
 [法人にあっては、主たる
 事務所の 所在地]

氏 名
 [法人にあっては、名称
 及び代表者の氏名]

電話番号
 担当者名

佐世保市保健所長 殿