

休 止
廃 止 届 書
再 開

| | |
|-------------------------------------|----------|
| 業 務 の 種 別 | |
| 許可番号、認定番号又は 登録番号及び年月日 | 平成 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 | 平成 年 月 日 |
| 備 考 | |

休止
上記により、廃止の届出をします。
再開

平成 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)

印

(あて先) 北海道知事

連絡先☎:

担 当 者 :

業者コード: