

薬局、店舗販売業、卸売販売業など該当する許可の種類を記載

該当するものを選択

休—止
廢—止 届 書
再—開

許可の有効期間の始期を記載
(許可の証明年月日ではない)

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	札幌××第○○○○号 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	××薬局 ○○店
	所在地	札幌市××区○○条○○丁目△-△ ○○ビル○○階
休止、廃止又は再開の年月日	平成××年××月××日	
備 考	管理医療機器も同日廃止する場合は、「管理医療機器同日廃止」と記載	

名称・所在地は、許可証に記載されているとおりに正確に記載

休 止

該当するものを選択

上記により、廃止の届出をします。

再 開

平成××年××月×△日

事実発生後30日以内に提出

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 東京都××区○○-△-△

法人の場合は、代表印を押印

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 株式会社××薬局

代表取締役 ○○ ××

印

捨印

捨印を押印

(あて先) 札幌市保健所長

連絡先: 電話 ○○○○-×××-×○×○ 担当者 ○○ ××