

~~休~~止  
廢止届書  
~~再~~開

該当するものを選択

業務の種類別	医療機器修理業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	〇〇××〇〇〇〇号 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	
	所在地	札幌市××区〇〇条〇〇丁目△-△ 〇〇ビル〇〇階
休止、廃止又は再開の年月日	平成××年××月××日	
備考		

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)

「店舗名称」は空欄とすること

~~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日以内に届出

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

東京都××区〇〇-△-△

法人の場合は、  
代表印を押印

捨印

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

××株式会社

代表取締役

〇〇 ××

印

捨印を押印

(あて先) 北海道知事

連絡先: 電話 〇〇〇-×××-×〇×〇 担当者 〇〇 ××  
業者コード 〇〇〇×××-××××

業者コードを記載