

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)

印

(あて先) 札幌市保健所長

連絡先：電話

担当者