

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~~ ~~再~~ ~~開~~  
 廃止届書

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)

業務の種類別	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正確に記載

~~休~~ ~~止~~ ~~再~~ ~~開~~

該当するものを選択

上記により、廃止の届出をします。

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 - -

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××薬局

代表取締役 ×× 印

捨印を押印

(あて先) 札幌市保健所長

連絡先： 電話 ××× ×× 担当者 ××