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 |  |
| 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 |  |
| 備考 |  |

休　止

上記により、廃　止　の届出をします。

再　開

　　　　　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

千葉県知事　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号