

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		第 号 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		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]

電話番号
 担当者名

長崎県知事

殿