

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		(北局 )第	号	年	月	日
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事業所	名 称					
	所在地					
休止、廃止又は再開の年月日		令和 年 月 日				
備 考						

休止  
上記により、廃止の届出をします。  
再開

令和 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)

印

(あて先) 札幌市保健所長

連絡先：電話

担当者