

~~体~~止
廃止届書
~~再~~開

該当するものを選択

該当する許可の
種類を記載

業務の種類別	薬局製造販売医薬品製造業	
許可番号、認定番号又は 登録番号及び年月日	(北局AZ) 第〇〇××号 平成〇〇年〇×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 〇〇店
	所在地	札幌市××区〇〇条〇〇丁目△-△ 〇〇ビル〇〇階
休止、廃止又は再開の年月日	平成××年××月××日	
備考		

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)

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

該当するものを選択

~~体~~止
上記により、廃止の届出をします。
~~再~~開

平成××年××月×△日

事実発生後30日以内に届出

住所(法人にあつては、主
たる事務所の所在地)

東京都××区〇〇-△-△

氏名(法人にあつては、名
称及び代表者の氏名)

株式会社 ××薬局

代表取締役 〇〇 ×× 印

法人の場合は、
代表印を押印

(あて先) 札幌市保健所長

連絡先: 電話 〇〇〇-×××-×〇×〇 担当者 〇〇 ××