該当するものを選択

~~休　止~~
廃　止　届　書
~~再　開~~

該当する許可の種類を記載

業　務　の　種　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○○××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		令和××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

上記により、~~休止~~廃止~~再開~~の届出をします。

令和××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○○－△－△

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　○○　××

（あて先）札幌市保健所長

連絡先：　電話　○○○―×××―×○×○　　担当者　○○　××

連絡先と担当者名を忘れずに