

該当するものを選択

薬局、店舗販売業、卸売販売業  
など該当する許可の種類を記載

~~体~~ ~~止~~  
廃止届書  
~~再~~ ~~開~~

業務の種類別	薬局	
許可番号、認定番号又は 登録番号及び年月日	札幌医許可(薬)第 ○○○○○○ 号 令和△△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	××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	管理医療機器同日廃止	

許可の有効期間の始期を記載

名称・所在地は、許可証に記載されているとおりに記載

管理医療機器も同日廃止する  
場合に記載

~~体~~ ~~止~~  
上記により、廃止の届出をします。  
~~再~~ ~~開~~

該当するものを選択

令和××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○○-△-△

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 ○○ ××

(あて先) 札幌市保健所長

連絡先：電話○○○-××××-×○×○ 担当者 ○○ ××