

休 止
廃 止 届 書
再 開

業 務 の 種 別	薬 局		
許可番号、認定番号又は 登録番号及び年月日	第 一 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	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)

小樽市保健所長 様

連絡先：電話

担当者