

休 止
廃 止 届 書
再 開

| | | | |
|-------------------------------------|---------------|--|--|
| 業 務 の 種 別 | 管理医療機器販売業・貸与業 | | |
| 許可番号、認定番号又は 登録番号及び年月日 | 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 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあつては、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