

休 止
廃 止 届 書
再 開

業 務 の 種 別	高度管理医療機器等販売業・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