様式第八

休　　止

廃　　止　　届　　書

再　　開

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 |  |
| 許可番号及び年月日 |  |
| 薬局の名称 |  |
| 薬局の所在地 |  |
| 休止、廃止又は再開の年月日 |  |
| 備考 |  |

休止

上記により、廃止 の届出をします。

再開

　　 年　　月　　日

住　所

法人にあっては、主たる事業所の所在地

氏　名

法人にあっては名称及び代表者の氏名

吹田市保健所長　様

〔連絡先〕　担当者名：

　　　　　　電話番号：