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、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 |   |
| 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：