

薬局製造販売医薬品製造業・製造販売業 廃止、休止、再開届について

薬局製造販売医薬品製造業及び製造販売業を廃止し、30日以上休止し、又は休止していた業務を再開した場合には、30日以内に届出を行ってください。

1. 廃止届

薬局製造販売医薬品製造業及び製造販売業を廃止した場合は、廃止後30日以内に届け出てください。

(1) 必要な書類

提出部数：1部（写しを取って、控えを保管してください。）

薬局製造販売医薬品製造業

- | |
|--|
| ① 廃止届（医薬品医療機器等法施行規則 様式第八）
② 薬局製造販売医薬品製造業許可証（原本）
※許可証又は承認書を紛失した場合には、紛失理由書を添付してください。 |
|--|

薬局製造販売医薬品製造販売業

- | |
|--|
| ① 廃止届（医薬品医療機器等法施行規則 様式第八）
② 薬局製造販売医薬品製造販売業許可証（原本）
③ 薬局製造販売医薬品製造販売承認書（原本）
※許可証又は承認書を紛失した場合には、紛失理由書を添付してください。 |
|--|

2. 休止届

薬局製造販売医薬品製造販売業及び製造業を30日以上休止する場合には、休止後30日以内に届け出てください。

休止の期間は概ね3か月以内とします。

(1) 必要な書類

提出部数：1部（写しを取って、控えを保管してください。）

- | |
|---------------------------|
| ① 休止届（医薬品医療機器等法施行規則 様式第八） |
|---------------------------|

3. 再開届

休止していた業務を再開した場合には、再開後30日以内に届け出てください。

(1) 必要な書類

提出部数：1部（写しを取って、控えを保管してください。）

- | |
|---------------------------|
| ① 再開届（医薬品医療機器等法施行規則 様式第八） |
|---------------------------|

4. 記載上の留意点

① 業務の種別

- ・該当する業種を記載してください。

② 許可番号及び年月日

- ・許可番号は、許可証に記載されている番号を記載してください。
- ・許可年月日は、許可証に記載されている有効期間の開始年月日を記載してください。

③ 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所の名称、所在地

- ・許可証に記載されている名称、所在地を記載してください。

④ 休止・廃止又は再開の年月日

- ・休止、廃止又は再開した年月日を記載してください。
- ・休止の場合には、「〇年〇月〇日から〇年〇月〇日までの予定」と記載してください。

⑤ 備考

- ・廃止の場合は廃止の理由を記載してください。
例：移転のため、経営者変更のため、完全廃止のため
- ・製造販売業を廃止する場合は、「別添承認書の承認整理につきお取り計らい願います」と記載してください。
- ・休止の場合は休止の理由を記載してください。
例：管理薬剤師が入院のため

⑥ 申請者の住所及び氏名

- ・住所は、個人の場合は現住所、法人の場合は登記された本社の所在地を記載してください。
- ・氏名は、個人の場合は個人名を記載し、法人の場合は登記された商号及び代表者名を記載してください。
- ・申請者が死亡したときは、その相続人又は相続人に代わって相続財産を管理する者が代理人として届出を行ってください。
- ・法人が解散したときは、精算人、破産管財人又は合併後存続もしくは合併により設立された法人の代表者が代理人として届出を行ってください。

~~休 止~~
 廃 止 届 書
~~再 開~~

業 務 の 種 別	薬局製造販売医薬品製造販売業	
許 可 番 号 及 び 年 月 日	〇〇〇〇〇号 〇年〇月〇日	
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	〇〇薬局
	所 在 地	吹田市〇〇町〇-〇
休 止、 廃 止 又 は 再 開 の 年 月 日	令和〇年〇月〇日	
備 考	完全廃業 別添承認書の承認整理につきお取り計らい願います。	

~~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) 東京都〇〇区〇〇町〇-〇
 氏 名 株式会社 〇〇〇〇
(法人にあっては名称及び代表者の氏名) 代表取締役〇〇 〇〇

吹田市保健所長 様

[連絡先] 担当者名 :
 電話番号 :

~~休 止~~
 廃 止 届 書
~~再 開~~

業 務 の 種 別	薬局製造販売医薬品製造業	
許 可 番 号 及 び 年 月 日	〇〇〇〇〇号 〇年〇月〇日	
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	〇〇薬局
	所 在 地	吹田市〇〇町〇-〇
休 止、 廃 止 又 は 再 開 の 年 月 日	令和〇年〇月〇日	
備 考	完全廃業	

~~休 止~~
 上記により、廃止の届出をします。
~~再 開~~

年 月 日

住 所

(法人にあつては、主たる事業所の所在地) 東京都〇〇区〇〇町〇-〇

氏 名 株式会社 〇〇〇〇

(法人にあつては名称及び代表者の氏名) 代表取締役〇〇 〇〇

吹田市保健所長 様

[連絡先] 担当者名 :
 電話番号 :