休　　止

廃　　止　　届　　書

再　　開

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務の種類 | |  |
| 許可番号､認定番号又は  登録番号及び年月日 | |  |
| 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

法人にあっては、主たる事務所の所在地

　　　　　住　所

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

　　　　　氏　名

郡山市保健所長

担当者氏名

連絡先TEL

連絡先FAX