

様式第八 (第十八条、第三百三十二条、第五百九条の二十三、第七十七条、第九十六条の十三関係)

休 止  
廃 止
届 書

該当するものを○で囲んでください。

業 務 の 種 別	薬局
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	第 号 平成〇〇年〇〇月〇〇日
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 東京都〇〇市〇〇 △-△-△
休止、廃止又は再開の年月日	平成××年××月××日
備 考	<div style="border: 1px dashed red; padding: 5px;">                     従前の許可証を紛失のため添付できない場合は、その旨を「備考欄」に記載してください。                 </div>

有効期間の開始日を記載してください。

許可証のとおり記載してください。

休止・廃止・再開が発生した日付を記載してください。

上記により、休 止  
廃 止の届出をします。

該当するものを○で囲んでください。

年 月 日 ← 申請日を記載してください。

住 所 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

[ 法人にあつては、主たる事務所の所在地 ]

氏 名 株式会社 〇〇薬品  
代表取締役 東京 太郎

[ 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 ]

印

開設者住所・氏名を記載してください。

代表者印を押印してください。

東 京 都 知 事 殿

東京都 保健所長 電話番号 ( )

担当者名

- (注意) 連絡先・担当者氏名を記載してください
- 1 用紙の大きさ
  - 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
  - 3 業務の種別欄には、薬局、薬局製造販売医薬品の製造販売業、製造業、店舗販売業、配置販売業、卸売販売業、薬種販売業、特例販売業、高度管理医療機器等の販売業・賃貸業、管理医療機器の販売業・賃貸業の別を記載すること。
  - 4 管理医療機器の販売業又は賃貸業にあつては、許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日欄に、その販売業又は賃貸業の届出を行った年月日を記載すること。
  - 5 休止の場合には、休止、廃止又は再開の年月日欄に「〇年〇月〇日まで休止の予定」と付記すること。
  - 6 配置販売業にあつては、所在地欄に営業区域を記載し、名称欄の記載を要しないこと。