

休 止
 廃 止 届 書
 再 開

業 務 等 の 種 別			
許可番号又は認定番号及び年月日	()	第 年	号 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	香川県	
休止、廃止又は再開の年月日	年 月 日	(休止の場合 年 月 日 までの休止の予定)	
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 (法人にあつては、主
 たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、名
 称及び代表者の氏名)

香川県知事
 香川県 保健所長

殿
 殿

連絡先 (TEL)	()	-	
-----------	-----------	---	--

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 業務等の種別欄には、薬局、地域連携薬局、専門医療機関連携薬局、薬局製造販売医薬品の製造販売業、薬局製造販売医薬品の製造業、店舗販売業、配置販売業、卸売販売業、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業又は管理医療機器の販売業若しくは貸与業の別を記載すること。(一部略)
- 4 略
- 5 管理医療機器の販売業又は貸与業にあつては、許可番号又は認定番号及び年月日欄に、その販売業又は貸与業の届出を行つた年月日を記載すること。
- 6 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。
- 7 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。
- 8 略