

休 止  
 廃 止 届 書  
 再 開

業 務 の 種 別			
許可番号、認定番号又は 登録番号及び年月日	第	号	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	町田市  Tel ( )	
休止、廃止又は再開の年月日	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 ]

町田市保健所長 殿

担当者名  
 電話番号 ( )