

記載例

休 止
 廃 止 届 書
 再 開

管理医療機器の販売業又は貸与業の届出を行った年月日を記入してください。

| | | |
|---------------------------------|---------------|-------------------------------------|
| 業 務 の 種 別 | 管理医療機器販売業貸与業 | |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | 第 | 号 〇〇〇〇年 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 | 〇〇メガネ株式会社 鶴川店 |
| | 所 在 地 | 町田市能ヶ谷〇丁目〇番〇号 TEL 042 (〇〇〇) 〇〇〇〇 |
| 休止、廃止又は再開の年月日 | 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日 | |
| 備 考 | | |

上記により、**廃止**の届出をします。

年 月 日 ← 提出する際に窓口でご記入ください。

住 所 東京都町田市中町二丁目〇番〇号
 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名 〇〇メガネ株式会社
 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 代表取締役 町田 花子

町田市保健所長 殿

担当者名 町田 八郎
 電話番号 042 (〇〇〇) 〇〇〇〇
 担当者名・連絡先をご記入ください。 →