

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
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 ()