

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 ()