様式第八

　　休　止

　　　　　　　　　　　　　　　　廃　止　届　書

　　　　　　　　　　　　　　　　再　開

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務等の種別 | | 薬局製造販売医薬品製造販売業及び製造業 |
| 許 可 番 号 及 び 年 月 日 | | 第　局販－　　　　　　号、　　　年　　月　　日  第　局製－　　　　　　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 | |  |
| 備　　　　　　　　　考 | | 別添承認書の承認整理につきお取り計らい願います。  理由：  担当者氏名：　　　　　　　　連絡先： |

　　　　　　 休止

上記により、 廃止　の届出をします。

　　　　　　 再開

　　　年　　　月　　　日

法人にあつては、主

たる事務所の所在地

法人にあつては、名

称及び代表者の氏名

住 所

氏 名

（宛先）　東大阪市長