

様式第八

休 止
 廢 止 届 書
 再 開

業 務 等 の 種 別		
許 可 番 号 及 び 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、廢 止 又 は 再 開 の 年 月 日		
備 考		担当者氏名： 連絡先：

休 止
 上記により、廢 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)



(宛先) 東大阪市長