

様式第八

休 止
 廃 止 届 書
 再 開

| | | |
|----------------------------------|-----|---------------|
| 業 務 等 の 種 別 | | 管理医療機器販売業・貸与業 |
| 届 出 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、廃 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、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)



(宛先) 東大阪市長