

旧様式第八

休 止 届 書  
廃 止 開  
再

業 務 の 種 別	既 存 配 置 販 売 業		
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	第	号	平成・令和 年 月 日
薬局、主たる機能 を有する事務所、 製造所、店舗又は事業所	名 称	_____	
	所 在 地	東 京 都 一 円	
休 止 、 廃 止 又 は 再 開 の 年 月 日	令和	年	月 日
備 考			

休 止  
上 記 に よ り、 廃 止 の 届 出 を し ま す 。  
再 開

令和 年 月 日

住 所  
〔 法人にあっては、主たる  
事務所の所在地〕

氏 名  
〔 法人にあっては、名称  
及び代表者の氏名〕

東 京 都 知 事 殿

電話番号 ( )  
担当者名