

旧様式第八

休 止
廃 止
再 開
届 書

該当するものを○で囲みます。(記載例)

許可年月日は、許可証有効期間の初めの日付です。

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070000000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 休止あるいは廃止、再開した日付を記入してください。
備 考	許可証紛失のため添付できません 許可証を紛失等のため添付できない時は、その理由を備考欄に記入してください。

上 記 に よ り、廃 止 の 届 出 を し ま す 。
再 開
令 和 年 月 日

該当するものを○で囲みます。

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)

東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

法人の場合は登記された本店の所在地・名称及び代表者の氏名を記入してください。

株式会社 ○○医薬品
代表取締役 ○田 ×子

東 京 都 知 事 殿

電話番号 03(5321)1111

担当者名 ○田 ×子