

様式第八

休 止  
廃 止 届書  
再 開

業 務 の 種 別		
許可番号、認定番号又は 登録番号及び年月日		
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		

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)

船橋市保健所長

あて

(担当者氏名  
電話番号)