様式第八

休止

廃止　届書

再開

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 |  |
| 許可番号及び年月日 |  |
| 薬局、製造所、営業所又は店舗 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 休止、廃止又は再開の年月日 | 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

 〒

法人にあつては、

主たる事務所の所在地

　　　　　　　　住　所

法人にあつては、

名称及び代表者の氏名

氏　名

福岡県知事　殿

担当者：

　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ：（　　　　）　　　　－