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 | 年 　月 　 日　届出 |
| 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 | 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

 〒

法人にあっては､主

たる事務所の所在地

法人にあっては､名

称及び代表者の氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL（　　　　　）　　　　　－

福岡県知事　　　　　　　　殿