

廃止届

※廃止を、○で囲んで下さい。

休 止
廃 止
再 開
届 書

業 務 の 種 別		薬局
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		15 江衛薬 01 第 ○○○ 号 平成 27 年 ○ 月 ○○ 日
薬局、主たる機能をする事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名 称	○○○ 薬局
	所 在 地	江戸川区東小岩 3-23-3
休止、廃止又は再開の年月日		平成 ○○年 ○月 ○日
備 考		許可証を紛失してしまい、添付できない場合は、備考欄に「許可証を紛失したため、添付できません。見つかり次第、すみやかに返納いたします。」と記載して下さい。

上記により、

休 止
廃 止
再 開

の届出をします。

年 月 日

※廃止を、○で囲んで下さい。

保健所に届出る日付を記載して下さい。

住 所
〔 法人にあつては、主たる事務所の所在地 〕 東京都江戸川区中央 1-4-1

氏 名
〔 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 〕 株式会社○○○薬局
江戸川 太郎

電話番号 ()
担当者名

江戸川区江戸川保健所長 殿