

番号：

休 止  
廃 止 届 書  
再 開

業 務 の 種 別		
許 可 番 号 及 び 年 月 日		神保第 号 年 月 日
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は営業所	名 称	
	所 在 地	〒 区 神戸市 TEL ( ) -
休 止、廃 止 又 は 再 開 の 年 月 日		年 月 日
備 考		ふりがな 申請担当者 TEL ( ) -

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）

TEL ( ) -

神戸市保健所長 あて

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
  - 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
  - 3 業務の種別欄には、薬局、薬局製造販売医薬品の製造販売業、薬局製造販売医薬品の製造業、店舗販売業、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業又は管理医療機器の販売業若しくは貸与業の別を記載すること。
  - 4 保健所を設置する市の市長又は特別区の区長に提出する場合にあつては正本1通提出すること。
  - 5 管理医療機器の販売業又は貸与業にあつては、許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日欄に、その販売業又は貸与業の届出を行った年月日を記載すること。
  - 6 休止の場合には、休止、廃止又は再開の年月日欄に「〇年〇月〇日まで休止の予定」と付記すること。
- 7・8 略