

休 止
廃 止 届 書
再 開

業 務 の 種 別		高度管理医療機器等販売業	
許 可 番 号 及 び 年 月 日		第 11-〇〇 号 令和〇〇年〇〇月〇〇日	
薬 局 、 製 造 所 、 営 業 所 又 は 店 舗	名 称	〇〇コンタクトレンズ	
	所 在 地	浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号	
休 止 、 廃 止 又 は 再 開 の 年 月 日		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
備 考			

上記により、

休 止
廃 止
再 開

の届出をします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

廃止後 30 日以内に提出する
※廃止前の提出は不可
※30 日過ぎてしまったら
遅延理由書が必要

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇〇〇
代表取締役 〇〇〇〇

（あて先）浜松市保健所長

【添付書類】 許可証

(注意)

- 管理医療機器の販売業・貸与業にあつては、許可番号及び年月日欄にその販売業・貸与業の届出を行った年月日を記載すること。
- 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。
- 配置販売業にあつては、所在地欄に営業区域を記載し、名称欄の記載を要しないこと。
- 麻薬、覚せい剤原料の在庫がある場合はその旨を申し出ること。