

休 止  
廃 止 届 書  
再 開

業 務 の 種 別		
許 可 番 号 及 び 年 月 日		第 号 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

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）

（あて先）浜松市保健所長

（許可証添付のこと）

(注意)

- ・管理医療機器の販売業・賃貸業にあつては、許可番号及び年月日欄にその販売業・賃貸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。