

様式第八

休 止 届 書  
廃 止 届 書  
再 開 届 書

業 務 の 種 別		
許 可 番 号 及 び 年 月 日		第 号 年 月 日
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事務所	名 称	
	所 在 地	
休止、廃止又は再開の年月日		
備 考		

上記により、  
休止  
廃止  
再開  
の届出をします。

年 月 日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

印

宇都宮市保健所長 様

連絡先 ( 電話番号 \_\_\_\_\_ )  
( 担当者名 \_\_\_\_\_ )

(注意) 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。