

様式第八

休 止
廃 止
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）宇都宮市保健所長

〔 連絡先 電話番号 _____
 担当者名 _____ 〕

(記入上の注意)

- 1 業務の種別欄には、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業、管理医療機器の販売業若しくは貸与業の別を記載してください。
 - 2 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してください。
 - 3 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」と付記してください。
- * 廃止の場合、許可証を添付してください。

(提出時期)

廃止（休止・再開）日から 30 日以内