

様式第八（第十条の八関係）

休 止 届 書
廃 止 届 書
再 開 届 書

| | | |
|---------------------------------|-------|--|
| 業 務 等 の 種 別 | | |
| 認 定 番 号 及 び 年 月 日 | | |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所 | 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）

福井県知事

殿

(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 業務等の種別欄には、地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の別を記載すること。