**様式第八**（施行規則第１７８条で準用する同規則第１８条関係）

|  |
| --- |
| 休　止廃　止　届　書再　開 |
| 業務の種類 |  |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 |  |
| 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 |  |

　　　　　　　　　 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

大阪府知事　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔連絡先〕担当者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：