**様式第八**

**休　止**

**廃　止　届**

**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）

盛岡市保健所長　　　様