薬９－１号

様式第八

薬　局

店舗販売業

特例販売業

休 止

廃 止

再 開

 　　　　　 　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の　　 届　書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 |  |
| 許可番号及び年月日 | 　　　第　　　　　　　　　　号 年　　　　　月　　　　　日 |
| 薬局又は店舗 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 | 〒 （ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 休止、廃止又は再開の年月日 |  |
| 備　　　　考 |  |

休 止

廃 止

再 開

薬　局

店舗販売業

特例販売業

上記により、　　　 　　　　　　　　の 　　　　　　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）

 　　　　 （ＴＥＬ　 　　　　　　　　　　　）

 ふりがな

 氏　名

（法人にあっては、名

称及び代表者の氏名）

【連絡先：　　　　　　　　　　　　担当者名：　　　　　　　　　】

福岡市保健所長　様

薬局・店舗販売業・特例販売業の（廃止・休止・再開）届書（薬９－１号）

【添付書類】

廃止したときは許可証（紛失している場合は備考欄にその旨及び発見された場合には速やかに返納

する旨を記載すること。

【届書の記載要領】

　字は、黒インク、ボールペン等を用いて、楷書ではっきりと邦文で記載すること。

１　業務の種別欄

　　薬局、店舗販売業及び特例販売業の別を記載すること。

２　許可番号及び年月日欄

　　許可年月日は許可証に記載されている有効期間の始期を記載すること。

３　薬局又は店舗欄

　　許可証に記載してある薬局又は店舗の所在地を記載すること。

４　休止、廃止又は再開の年月日欄

　　休止の場合は、「〇年〇月〇日から〇年〇月〇日まで」と休止期間及びその理由を明記すること。

５　廃止、休止の場合には、その理由を簡単に記載すること。