

休——止  
廢 止 届 書  
再——開

業 務 の 種 別	薬局（製造所、店舗、営業所）管理者の兼務許可		
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	指令 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	年 月 日		
備 考	TEL		

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）



秋 田 県 知 事 様

（注意）

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。