様式第八（第十条の八関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 休止  廃止  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

法人にあつては、主

たる事務所の所在地

住 所

法人にあつては、名

称及び代表者の氏名

　　　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。