

様式第八

休止
 廃止 届書
 再開

| | | |
|--------------------------|-------|-------|
| 業 務 の 種 別 | | |
| 許 可 番 号 及 び 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)

福岡県知事 殿

担当者 :

TEL : ()

—