様式第9号

令和　 　年　 　月 　　日

 廃止

　　　　　　　 休止　　届

　　　　　　　 再開

　　　　　　　　　　　　　　　　（ いずれかを○で囲んでください ）

公益社団法人　鹿児島県薬剤師会 会長　殿

　　　　　　　　　　 薬剤師会　会長　殿

下記のとおり報告します。

記

　１．施設名

　２．業務の種別　　　　　　　　　　　　　薬局・店舗販売業・卸売販売業

　３．廃止・休止・再開　年月日　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　４．薬務課（保健所）届出年月日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　５．厚生局届出年月日※保険薬局のみ　　　　　　　　年　　　月　　　日

　６．廃止理由　　　　　　　　　　　　　廃止・業種変更・移転・その他

　７．休止理由

　８．添付書類　　　　　　　　　　　　　試験センター利用承諾書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　紛失届

開設者の住所及び氏名

（法人の場合は、主たる事務所の所在地及び名称、代表者の職氏名）

　　　　　　住　　所

　　　　　　氏　　名

 ㊞