

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 | <u>薬局・店舗販売業・卸売販売業</u> |
| 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 | <u>廃止・業種変更・移転・その他</u> |
| 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