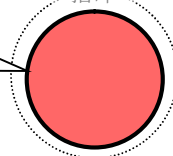


不要な文字を二重線で抹消すること。

差し支えなければ捨印（法人による申請にあつては代表者印）を押印すること。

捨印



休 止
~~廃 止~~ 届 書
~~再 開~~

許可証に記載された許可番号と、許可の期始年月日を記載すること。

業 務 の 種 別	薬局	
許 可 番 号、認 定 番 号 又 は 登 録 番 号 及 び 年 月 日	指令松保第123号 平成28年6月15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	しまね薬局
	所 在 地	松江市殿町1番地
休 止、廃 止 又 は 再 開 の 年 月 日	平成30年6月1日 平成30年8月31日まで休止の予定	
備 考	薬局の管理者が入院療養するため。 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">休止の場合は、その理由を記載すること。</div>	

休止の場合は、「〇年〇月〇日まで休止の予定」と付記すること。

不要な文字を二重線で抹消すること。

上記により、
~~廃止~~
 再開
 の届出をします。

平 成 30 年 6 月 15 日

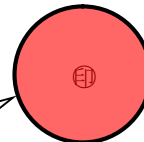
提出年月日を記載すること。

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

松江市殿町1番地

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

株式会社しまね薬品
 代表取締役 島根 太郎



提出先の保健所名を記載してください。

島根県 松江 保健所長

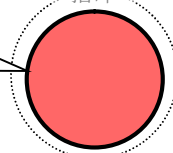
殿

法人による申請にあつては、登記された代表者印を押印すること。

不要な文字を二重線で抹消すること。

差し支えなければ捨印（法人による申請にあつては代表者印）を押印すること。

捨印



~~体~~ ~~止~~
廃止届書
~~再~~ ~~開~~

許可証に記載された許可番号と、許可の期始年月日を記載すること。

業務の種類別	薬局	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	指令松保第123号 平成28年6月15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	しまね薬局
	所在地	松江市殿町1番地
休止、廃止又は再開の年月日	平成30年6月1日	
備考	<p>許可証紛失</p> <p>許可証を紛失した場合は「許可証紛失」と記載すること。 紛失した許可証を発見した場合は、返納すること。</p>	

不要な文字を二重線で抹消すること。

上記により、
~~体~~ ~~止~~ ~~再~~の届出をします。

平成30年6月15日

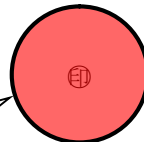
提出年月日を記載すること。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

松江市殿町1番地

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社しまね薬品
代表取締役 島根 太郎



提出先の保健所名を記載してください。

島根県 松江 保健所長

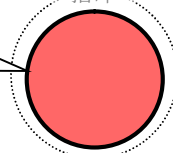
殿

法人による申請にあつては、登記された代表者印を押印すること。

不要な文字を二重線で抹消すること。

差し支えなければ捨印（法人による申請にあつては代表者印）を押印すること。

捨印



~~休~~
~~廃~~ 届 書
~~再~~ 開

許可証に記載された許可番号と、許可の期始年月日を記載すること。

業 務 の 種 別	薬局	
許 可 番 号、 認 定 番 号 又 は 登 録 番 号 及 び 年 月 日	指令松保第123号 平成28年6月15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	しまね薬局
	所 在 地	松江市殿町1番地
休 止、 廃 止 又 は 再 開 の 年 月 日	平成30年6月1日	
備 考		

不要な文字を二重線で抹消すること。

上記により、
~~休~~
~~廃~~ の届出をします。
~~再~~

平 成 **30** 年 **6** 月 **15** 日

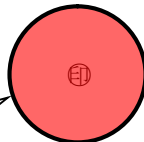
提出年月日を記載すること。

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

松江市殿町1番地

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

株式会社しまね薬品
代表取締役 島根 太郎



提出先の保健所名を記載してください。

島根県 **松江** 保健所長

殿

法人による申請にあつては、登記された代表者印を押印すること。