

不要な文字を二重線で抹消すること。

休 止  
~~廃 止~~ 届  
~~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。管理医療機器販売業・貸与業の場合は、届出を行った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	令和元年6月1日 令和元年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。 休止の場合は、その理由を記載すること。	

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~~の届出をします。  
 休止  
 再開

令和元年6月15日

提出年月日を記載すること。

住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

松江市殿町1番地

氏 名 (法人にあっては、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

不要な文字を二重線で抹消すること。

~~体~~ ~~止~~  
~~廃~~ ~~止~~ 届  
~~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。管理医療機器販売業・貸与業の場合は、届出を行った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	令和元年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~~ ~~廃~~ ~~止~~ ~~再~~ ~~開~~ の届出をします。

令和元年6月15日

提出年月日を記載すること。

住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

松江市殿町1番地

氏 名 (法人にあっては、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

不要な文字を二重線で抹消すること。

~~体止~~  
~~廃止~~  
再開

届

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。管理医療機器販売業・貸与業の場合は、届出行った年月日を記載すること。

業務の種類別	<b>薬局</b>
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	<b>指令松保第123号 平成28年6月15日</b>
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 <b>しまね薬局</b>
	所在地 <b>松江市殿町1番地</b>
休止、廃止又は再開の年月日	<b>令和元年6月1日</b>
備 考	

不要な文字を二重線で抹消すること。

上記により、~~体止~~  
~~廃止~~  
再開の届出をします。

**令和元年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