

~~休~~止
~~廃~~止 届 書
~~再~~開

該当するものを選択

業 務 の 種 別		医療機器修理業
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		×× 号 平成 年 月 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	
	所在地	札幌市××区 条 丁目 - ビル 階
休止、廃止又は再開の年月日		平成××年××月××日
備 考		

許可の有効期間の始期を記載
 (許可の証明年月日ではない)

「店舗名称」は空欄とすること

~~休~~止
 再開

該当するものを選択

上記により、廃止の届出をします。

平成××年××月× 日

事実発生後30日以内に届出

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

東京都××区 - -

法人の場合は、
 代表印を押印

捨印

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

××株式会社

代表取締役

××

印

捨印を押印

(あて先) 北海道知事

連絡先： 電話
 業者コード

××× ××
 ×××-×××

担当者 ××

業者コードを記載