

該当するものを選択

~~休~~止
廃止届書
~~再~~開

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)

業務の種類別		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	「店舗名称」は空欄とすること	
	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			

該当するものを選択

~~休~~止
上記により、廃止の届出をします。
~~再~~開

事実発生後30日以内に届出

平成××年××月× 日

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