

業 務 の 種 別		
許可番号、認定番号又は 登 録 番 号 及 び 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	
休止、廃止又は再開の年月日		
備 考		

年 月 日

住 所 〔 法人にあっては、主
たる事務所の所在地 〕

氏 名 法人にあっては、名称及び代表者の氏名

様

〔担当者氏名
電話番号