

様式第八（第十八条、第三百三十二条、第五百九条の二十三、第七十七条、第九十六条の十三関係）

休 止  
廢 止 届 書  
再 開

印

訂正などが生じる可能性がある  
ので、可能であれば捨印  
を押印してください。

業 務 の 種 別	第●種医療機器製造販売業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	13B●X00000 平成 29 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	◆◆株式会社 本店
	所 在 地	東京都新宿区西新宿 X-Y-Z
休止、廃止又は再開の年月日	平成○○年◆◆月△△日	
備 考		

廃止する許可証について記載してください。

廃止した年月日をご記入ください。

上記により、休止の届出をします。  
再 開

平成○○ 年 △ 月 △ 日

提出する日をご記入ください。

住 所 東京都新宿区西新宿 X-Y-Z

◆◆株式会社

氏 名 代表取締役 健康

印

東京都知事 ○○ ○○

殿

届出時点での都知事名をご記入ください。

担当者： 東京 太郎  
連絡先： 03-XXXX-XXXX  
業者コード： 000000-001

廃止する許可証で使用していたコードをご記入ください。