

廃止届書

業務の種類別		
許可番号及び年月日		
薬局，製造所，営業所又は店舗	名称	
	所在地	
廃止年月日		
備考		

上記により，廃止の届出をします。

年 月 日

住 所（法人にあつては，主たる事務所の所在地）

氏 名（法人にあつては，名称及び代表者の氏名）

倉敷市保健所長 殿