**様式第八**（施行規則第１７８条で準用する同規則第１８条関係）

|  |
| --- |
| 休　止廃　止　届　書再　開 |
| 業務の種類 |  |
| 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 |  |

　　　　　　　　　 休　止

　上記により、廃　止　の届出をします。

　　　　　　　再　開

　　　　　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

大阪府知事　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔連絡先〕担当者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

**＜医療機器販売業・貸与業の廃止、一時休止又は再開届の例示＞**

**【 添 付 書 類 】**

**・廃止届：許可証原本**

**（休止届：なし）**

**（再開届：なし）**

・高度管理医療機器等販売業･貸与業は許可証に記載されている許可番号（N○○○○○）、許可年月日　※許可年月日は有効期限の始めの日

・管理医療機器等販売業･貸与業は届出の控に記載されている届出番号（Ｐ００ＸＸＸＸＸ）、届出年月日

廃止等した年月日を記載する。

|  |
| --- |
| 休　止廃止・休止・再開から選択して○を付ける。廃　止　届　書再　開 |
| 業務の種類 | 高度管理医療機器等販売業・貸与業「高度管理医療機器等販売業･貸与業」又は「管理医療機器販売業・貸与業」と記載する。 |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | Ｎ○○○○○　　 令和○○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 | 大阪医療機器株式会社　中央営業所 |
| 所在地 | 大阪府大阪市中央区大手前２　○○ビル |
| 休止、廃止又は再開の年月日 | 令和　〇〇年　〇月　〇日 |
| 備考 | 移転のため理由を記載する。例:移転、完全廃業、合併等 |

　　　　　　　休　止

廃止・休止・再開から選択して○を付ける。

　上記により、廃　止 の届出をします。

　　　　　　　　　 再　開

　　　　令和○○年○月○日

法人　→　登記上の氏名・住所を記載

個人　→　個人の氏名・住所を記載

　　　住　所　法人にあっては、主たる事業所の所在地　　　　大阪府大阪市北区青木町２－３－３

　　　氏　名　法人にあっては、名称及び代表者の氏名　　　　大阪医療機器株式会社

代表取締役　大阪　太郎

大阪府知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔連絡先〕担当者名：大阪　桜子

必ず、担当者の氏名・電話番号を記載する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：○○―○○○○―○○○○