麻 薬 小 売 業 者 業 務 廃 止 届

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | 第　　　　　　　号 | | 免許年月日  （有効期間始期） | | | 年　　月　　日 |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 葛飾区 | | | | |
| 名称 |  | | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 業務（研究）廃止の事由及びその年月日 | 退職　　業務所廃止　　取扱不用　　死亡  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 上記のとおり、業務を廃止したので、免許証を添えて届け出ます。  　　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）    葛飾区保健所長　あて | | | | | | |
| （注意）該当事項を○で囲んでください。 | | | | 業務所電話番号 |  | |