

麻薬小売業者業務廃止届

免許証の番号		保生薬第 号	免許年月日 (有効期間始期)	年 月 日
麻薬業務所	所在地	東京都大田区		
	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（ 令和 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。 令和 年 月 日 住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 届出義務者続柄 氏 名（法人にあつては、名称） （宛先） 大田区保健所長				
（注意）該当事項を○でかこんでください。		業務所電話番号	（ ）	