**麻薬小売業者業務廃止届**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | 第 号 | | 免許年月日 | | 年 月 日 |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 東京都台東区 | | | | |
| 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）      　　　　台東区台東保健所長　殿 | | | | | | |
| 電話番号 | | （　　　 　） | |

（注意）該当事項を○でかこんでください。