

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	東京都足立区		
	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）		
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</p> <p>届出義務者続柄</p> <p>氏 名（法人にあつては、名称）</p> <p>（提出先）足立区足立保健所長</p>				
(注意) 該当事項を○でかこんでください。		業務所電話番号	()	