

麻薬小売業者業務廃止届

|                                                                                                                                           |     |                                    |                   |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------|-------------------|-------|
| 免許証の番号                                                                                                                                    |     | 第 号                                | 免許年月日<br>(有効期間始期) | 年 月 日 |
| 麻薬業務所                                                                                                                                     | 所在地 | 東京都                                |                   |       |
|                                                                                                                                           | 名称  |                                    |                   |       |
| 氏 名                                                                                                                                       |     |                                    |                   |       |
| 業務（研究）廃止の<br>事由及びその年月日                                                                                                                    |     | 退職、業務所廃止、取扱不用、死亡<br>その他（<br>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>新宿区保健所長 宛て</p> |     |                                    |                   |       |
| (注意) 該当事項を○でかこんでください。                                                                                                                     |     | 業務所電話番号                            | ( )               |       |