

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			
	名 称			
氏 名				
業務廃止の事由 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)				
(注意) 該当事項を○でかこんでください。			業務所電話番号	()