

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				
	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） 文京区文京保健所長 殿						
(注意) 該当事項を○で囲んでください。			業務所電話番号	()		

用紙の大きさは、A4とすること。