|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 町田市 | | | | |
| 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）  　町田市保健所長　様 | | | | | | |
| （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。