|  |
| --- |
| 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。