

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					
<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>町田市保健所長 様</p>							
(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。