

## 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。