

記載例

麻薬小売業者業務廃止届

|                                                                  |     |                                                                                                                                                                           |  |                      |             |
|------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|-------------|
| 免許証の番号                                                           |     | 第○○○○○○○号                                                                                                                                                                 |  | 免許年月日<br>(有効期間始期)    | ○○○○年○○月○○日 |
| 麻薬業務所                                                            | 所在地 | 町田市 中町△丁目△番△号 2階                                                                                                                                                          |  |                      |             |
|                                                                  | 名称  | ○○薬局 町田店                                                                                                                                                                  |  |                      |             |
| 開設者の氏名をご記入ください。                                                  |     | 氏 名 株式会社○○薬品                                                                                                                                                              |  |                      |             |
| 業務廃止の事由<br>及びその年月日                                               |     | 退職、業務所廃止、取扱不用、死亡<br>その他 ( )<br>20××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。<br>申請時に窓口でご記入ください。<br>○○○○年○○月○○日 |     |                                                                                                                                                                           |  |                      |             |
| 開設者住所・氏名を<br>ご記入ください。                                            |     | 住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)<br>東京都町田市森野○丁目○番○号 7階705番<br><br>届出義務者続柄<br><br>開設者が死亡・解散した場合は相続人・<br>清算人等の届出となります。その場合、<br>届出義務者続柄もご記入ください。<br><br>氏 名 (法人にあつては、名称)<br>株式会社○○薬品 |  |                      |             |
| 町田市保健所長 様                                                        |     | 担当者の連絡先と氏名をご記入ください。                                                                                                                                                       |  |                      |             |
| (注意) 該当事項を○で囲んでください。                                             |     | 業務所電話番号                                                                                                                                                                   |  | 090 (××××) ×××× (町田) |             |

用紙の大きさは、A4とすること。