

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		業務廃止、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 殿</p>				
			業務所電話番号	（ ）