

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	東京都板橋区	
	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、 取扱不要、 死亡 その他 () ※該当事項を○で囲んでください。		
	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) 氏 名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名) (宛先)板橋区保健所長			
		【担当者氏名： 担当者連絡先： 】	