

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		
<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>氏 名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)</p> <p>(あて先)板橋区保健所長</p>			
		【担当者氏名:	担当者連絡先: 】