麻薬小売業者業務廃止届

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | 墨福衛生薬  第　　　　号 | | 免許年月日 | | 年　　月　　日 |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 東京都墨田区 | | | | |
| 名称 | 電話： | | | | |
| 氏名 | |  | | | | |
| 業務廃止の事由  及びその年月日 | | 薬局の廃止　・　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  法人にあっては、主たる  事務所の所在地  届出義務者続柄  氏　　　　　名  法人にあっては、名称  墨田区保健所長　あて | | | | | | |