

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			