

廃止届

業 務 の 種 類	
登録番号及び登録年月日	第 号 年 月 日
店 舗 の 所 在 地 及 び 名 称	
廃 止 年 月 日	年 月 日
廃止の日に現に所有する 毒物又は劇物の品名、数量 及び保管又は処理の方法	
備 考	

上記により、廃止の届出をします。

年 月 日

住 所
〔 法人にあっては、主たる
事務所の所在地 〕

氏 名
〔 法人にあっては、名称
及び代表者の氏名 〕

電話番号

担当者名 _____

墨田区保健所長 あて