

特定麻薬等原料卸小売業者業務廃止届

業 務 届 出 年 月 日		平成〇〇年〇〇月××日
麻薬等原料営業所	所在地	札幌市**区〇〇条××丁目□-□ 電話 〇〇〇-××××
	名 称	××薬品 〇〇店
氏 名		株式会社××薬品
業務の廃止の事由及びその年月日		事由 店舗廃止のため 廃止年月日 平成×〇年〇〇月△△日
<p>上記のとおり、業務廃止を届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">平成×〇年〇〇月××日</p> <p>住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 東京都〇〇区××△-□-□</p> <p>届出義務者続柄</p> <p>氏名 (法人にあつては、名称) 株式会社××薬品 代表取締役 〇藤 〇夫 印</p> <p style="text-align: right;">北海道知事 殿</p>		

捨 印

欄外に捨印を押印

本人の死亡等により、相続人等が届出の場合には、続柄を記載
本人が届出の場合は記載不要

法人の場合は、代表者印を押印。

(注意)

1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。

連絡先 電話 担当者