

該当する免許種別を記載

麻薬 小売業 者業務廃止届

麻薬免許証の免許番号を記載

麻薬免許証の免許年月日(有効期間の始期)を記載

免許証の番号	第 号	免年 月 日	平成 年 月 日
--------	-----	--------	----------

麻薬業務所	所在地	札幌市**区 条××丁目 -
	名称	××薬局 店

氏名	株式会社 ××薬局
----	-----------

業務(研究)廃止の事由及びその年月日	薬局を移転するため 平成 年 月 日付け 廃止
--------------------	----------------------------

上記のとおり、業務(研究)を廃止したので免許証を添えて届け出ます。

平成 年 月 ×日

廃止後15日以内に届出

麻薬施用者、管理者は一律「麻薬業務所の所在地に同じ」と記載
卸売業者、小売業者、研究者は、免許証に記載されている住所を記載

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地) 東京都 区××

麻薬施用者、管理者、研究者は個人の免許なので必ず個人印を押印
麻薬卸売業者、小売業者は、法人の場合は、代表者印を押印

捨印

届出義務者続柄

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

欄外に捨印を押印

氏名(法人にあっては、名称) 株式会社××薬局
代表取締役 藤 夫 印

北海道知事 殿