

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 年 月××日
麻薬等原料営業所	所在地 札幌市**区 条××丁目 - 電話 - ××××
	名称 ××薬品 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× 年 月 日

上記のとおり，業務廃止を届け出ます。

平成× 年 月××日

捨印

住所 (法人にあっては，主たる事務所の所在地)
東京都 区××

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

届出義務者続柄

法人の場合は，代表者印を押印。

氏名 (法人にあっては，名称)
株式会社××薬品
代表取締役 藤 夫 印

北海道知事 様

(注意)

連絡先：電話 - ×× 担当者 田

1 用紙の大きさは，日本工業規格A4とすること。