

麻 薬 者 業 務 廃 止 届

免 許 証 の 番 号	第	号	免 許 証 年 月 日	年 月 日
麻 薬 業 務 所	所 在 地			
	名 称			
氏	名			
業 務（ 研 究 ） 廃 止 の 事 由 及 び そ の 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。

平成 年 月 日

住所

〔 法人にあつては、主
たる事務所の所在地 〕

届出義務者続柄

氏名

〔 法人にあつては、
名 称 〕

印

高知県知事

殿