

## 業務廃止届出書

覚せい剤施用機関の業務を廃止したので、覚せい剤取締法第9条第2項の規定により、指定証を添えて届け出ます。

平成 年 月 日

住 所

届出義務者続柄（本人・相続人等）

氏 名 ㊞

厚生労働大臣  
千葉県知事

様

指定証の番号		第 号	指定年月日	年 月 日
業 務 所	所 在 地			
	名 称			
業務廃止の事由及びその事由の発生年月日		平成 年 月 日		

担当者名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_