

麻薬

業務廃止届

免許証の番号	号	免許年月日	年 月 日
麻薬業務所	所在地	〒	
	名称		
氏名			
業務廃止の事由			
廃止の年月日		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。

年 月 日

住 所 郵便番号

.....

届出義務者続柄本人・相続人等(該当に○をつける).....

氏 名 ふりがな

.....印

千葉県知事 様

(注意)

- ※1 **麻薬施用者・管理者・研究者**にあつては、届出者個人の住所・氏名を記載し、届出者個人の印鑑(認印)を押印してください。
- ※2 **麻薬小売業者・麻薬卸売業者**で法人の場合は、主たる事務所の所在地・名称・代表者名を記載し、代表者印を押印して下さい。
- ※3 業務廃止により、その業務所に麻薬取扱者が1人もいなくなるときは、「免許の失効時所有麻薬届」等の手続きが必要になるので、薬務課まで問い合わせてください。