

## 麻薬小売業者業務廃止届

免 許 証 の 番 号	麻 第 号	免 許 年 月 日	年 月 日
麻 薬 業 務 所	所 在 地	広 島 市 区	
	名 称		
氏 名			
業務廃止の事由及びその年月日			
備 考			
担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等		(電話)	
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;"><small>(法人にあつては、主たる事務所の所在地)</small></p> <p style="text-align: center;">届出義務者続柄</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;"><small>(法人にあつては、名称)</small></p> <p>(宛先) 広島市保健所長</p>			

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します（承諾されない方はお申し出ください。）。

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	(受付)	(伺い)	
	係 専門員	係 係長	