

麻薬小売業者 業務廃止届

免許証の番号		第	号	免許年月日	年	月	日
麻 薬	所在地						
	名称						
氏名							
業務廃止の事由 及びその年月日		令和 年 月 日					
<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>令和 年 月 日</p> <p>住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）</p> <p>氏名（法人にあっては、名称）</p> <p>水戸市保健所長 様</p>							