

## 麻薬小売業者業務廃止届

免 許 証 の 番 号	麻 薬 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)	

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

(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)

(宛先)

広島市保健所長

※ 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)

係	専門員

(伺い)

係	係長