特定麻薬等原料卸小売業者業務廃止届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務届出年月日 | |  |
| 麻薬等原料  営　業　所 | 所　在　地 |  |
| 名　　称 |  |
| 氏　　　　　　　　名 | |  |
|
|
| 業務廃止の事由  及びその年月日 | |  |
|
| 上記のとおり、業務廃止を届け出ます。  　　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）  　広島県知事　様（保健所設置市のみ）  　広島県　　　保健所長　様 | | |
|
|
|
|
|
|
|
|

（注意）

用紙の大きさは、Ａ４とすること。