

麻 薬 者 業 務 (研 究) 廃 止 届

免 許 証 の 番 号	第 号	免 許 年 月 日	平 成 年 月 日
麻 薬 業 務 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、業務を廃止したので、免許証を添えて届け出ます。

平成 年 月 日

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

届出義務者続柄

氏名(法人にあっては、名称)

印

岩 手 県 知 事 様