廃　　止　　届

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 | 　　　毒物劇物　　　　　　　　販売業 |
| 登録(許可)番号及び登録（許可）年月日 | 　　　第　　　　　　号　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 製造所（営業所，店舗，主たる研究所）の所在地及び名称 | 　 |
| 廃止年月日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 廃止の日に現に所有する毒物又は劇物の品名，数量及び保管又は処理の方法 |  |
| 備考 |  |

　上記により，廃止の届出をします。

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　住　所（）

　　　　　　　　　　氏　名（）

市立函館保健所長　様

連絡先：　電話　　　　　　　担当者