麻薬　　　　　　者業務廃止届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | 第　　　　　号 | 免許  年月日 | 年　　月　　日 |
| 麻薬業務所 | 所在地 |  | | |
| 名　称 |  | | |
| 氏名 | |  | | |
| 業務（研究）廃止の事由  及びその年月日 | |  | | |
| 上記のとおり，業務（研究）を廃止したので免許証を添えて届け出ます。  　　　　　　年　　月　　日  住　　所（）  届出義務者続柄  氏　　名（法人にあっては，名称）  　北海道知事　殿 | | | | |

連絡先：電話　　　　　　　担当者