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