

該当を○で囲んでください

廃止する麻薬免許証の
番号、免許の有効期間
開始日を記載

別記第3号様式

麻薬（**施用**管理）者業務廃止届

免許証の番号	第××××××号	免許有効期間 開始年月日	年××月××日
麻薬業務所	所在地	佐賀市城内1-×-×	
	名称	医療法人佐賀会 県庁病院	
氏名	佐賀 太郎		
業務廃止の事由 及びその年月日	県外転勤のため		具体的な事由、事由の発生日を 記載してください。 (年 3月 31日)
<p>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。</p> <p>年 1月 12日</p> <p>住所 佐賀市兵庫1-×-×</p> <p>氏名 佐賀 太郎</p> <p>佐賀県知事 様</p>			

免許証を添付すること。