

麻薬 小売業者 業務廃止届

免許証の番号		第〇〇〇〇〇〇号	免許有効期間 開始年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
麻薬業務所	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 佐賀市城内1-〇-〇〇		
	名称	薬務課薬局		
氏名又は名称		有限会社 薬務課薬局	開設者の氏名（法人にあつては名称）を記載すること。	
業務廃止の事由 及びその年月日		薬局を移転するため	具体的な事由、事由の発生日を記載すること。 (〇〇年〇〇月〇〇日)	
<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>〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p>住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 佐賀市城内1-〇-〇〇</p> <p>届出義務者続柄</p> <p>氏 名（法人にあつては、名称） 有限会社 薬務課薬局 代表取締役 薬務太郎</p> <p>佐賀県知事 様</p>				

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すること。

開設者の氏名（法人にあつては名称）を記載すること。

具体的な事由、事由の発生日を記載すること。

届出者の住所、氏名（法人にあつては、法人の主たる事務所の所在地、名称）を記入すること。

※ 免許証を添付してください。