

特定麻薬等原料卸小売業者業務廃止届

|                    |     |  |
|--------------------|-----|--|
| 業務届出年月日            |     |  |
| 麻薬等原<br>料営業所       | 所在地 |  |
|                    | 名 称 |  |
| 氏 名                |     |  |
| 業務廃止の事由<br>及びその年月日 |     |  |

上記のとおり業務廃止を届け出ます。

年 月 日

住所(法人にあっては、主  
たる事業所の所在地)

届出義務者続柄

氏名(法人にあっては、名称  
及び代表者の氏名)

印

電話番号

東 北 厚 生 局 長 あて  
秋 田 県 知 事 あて