

特定麻薬等原料製造業者業務廃止届

業務届出年月日		
麻薬等原 料営業所	所在地	
	名 称	
氏 名		
業務廃止の事由 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