

麻 薬 小 売 業 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				
<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 月 日</p> <p>住 所 (法人にあっては、主 たる事務所の所在地)</p> <p>氏 名 (法人にあっては、名称)</p> <p>秋 田 県 知 事 あ て</p>				

連絡(担当)者名 _____

連絡先TEL _____