

(様式第1号)

### 覚醒剤施用機関廃止届出書

病院（診療所）を廃止したので、覚醒剤取締法第9条第2項第1号の規定により、指定証を添えて届け出ます。

年 月 日

住 所  
届出義務者続柄  
氏 名

印

秋田県知事 へ

| 指定証の番号            | 第 号 | 指定年月日 | 年 月 日 |
|-------------------|-----|-------|-------|
| 業務所               | 所在地 |       |       |
|                   | 名 称 |       |       |
| 廃止の事由及びその事由の発生年月日 |     |       |       |

#### 備考

- 1 用紙の大きさは、A4としてください。
- 2 字は、墨又はインクを用い、楷書ではっきり書いてください。
- 3 法人の場合は住所欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄にはその名称及び代表者の氏名を記載してください。