

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 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		
<p>上記のとおり、業務廃止を届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</p> <p>届出義務者続柄</p> <p>氏 名（法人にあつては、名称）</p> <p>連絡先 TEL _____</p> <p>岐阜県知事 様</p>		

(注意)

用紙の大きさは、A4とすること。