

# 麻薬 者業務廃止届

免許証の番号	第	号	免許年月日	(有効期間開始日) 年 月 日
業務所	所在地			
	名称			
氏名				
業務廃止の事由 及びその年月日	(該当するものを○で囲むこと)			
	廃業・麻薬取扱廃止・退職・県外転勤 営業者変更・死亡・法人解散・免許資格喪失 その他 ( )			
		(廃止年月日) 年 月 日		
上記のとおり、業務を廃止したので免許証を添えて届出します。				
年 月 日				
住所 届出義務者続柄 氏名				
和歌山県知事 保健所長 殿				

業務廃止により麻薬診療施設、麻薬研究施設でなくなる場合、施設の開設者は麻薬所有届の提出が必要です。