

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 _____