

特定麻薬等原料卸小売業者業務廃止届

|                                                                                                            |     |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------|
| 業 務 届 出 年 月 日                                                                                              |     | 年 月 日            |
| 麻 薬 等 原 料<br>営 業 所                                                                                         | 所在地 |                  |
|                                                                                                            | 名 称 |                  |
| 氏 名                                                                                                        |     |                  |
| 業 務 廃 止 の 事 由<br>及 び そ の 年 月 日                                                                             |     | ～のため<br>令和 年 月 日 |
| <p>上記のとおり、業務廃止を届け出ます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>届出義務者続柄</p> <p>氏 名</p> <p>代表取締役</p> <p>佐賀県知事 様</p> |     |                  |

(注意)

用紙の大きさは、A 4 とすること。