

麻薬（施用・管理）者業務廃止届

|  |     |          |                 |       |
|--|-----|----------|-----------------|-------|
| 免許証の番号   |     | 第 号      | 免許有効期間<br>開始年月日 | 年 月 日 |
| 麻薬業務所  | 所在地 |          |                 |       |
|  | 名称  |          |                 |       |
| 氏 名  |     |          |                 |       |
| 業務廃止の事由<br>及びその年月日   |     | ( 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</p> <p>届出義務者続柄</p> <p>氏 名</p> <p>佐賀県知事 様</p> |     |          |                 |       |

※ 免許証を添付してください。