

麻薬（ ）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				
廃止の事由 及びその年月日		退職・不用・死亡・その他（ ）のため 年 月 日		
上記のとおり、業務を廃止したので、免許証を添えて届け出ます。 年 月 日 住 所 （法人にあっては、主たる事務所の所在地） 届出義務者続柄 氏 名 （法人にあっては、名称） 奈良県知事 殿				