

麻薬免許証の種別を記入してください。

麻薬免許証の有効期間開始日を記入してください。

麻薬小売業者者業務廃止届

免許証の番号	第〇〇〇〇〇〇号	免許証年月日	平成〇〇年1月1日
麻薬業務所	所在地	高知市丸ノ内1丁目2番20号	
	名称	けんちょう薬局 高知店	
氏名	株式会社 県庁調剤薬局		
業務（研究）廃止の 事由及びその年月日	薬局移転のため廃止 平成〇〇年△△月△△日		

業務廃止理由を具体的に記入ください。
 （例）・薬局移転のため
 ・薬局廃止のため
 ・法人化のため。

上記のとおり、業務を廃止したので免許証を添付

平成〇〇年〇〇月〇〇日

住所

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

高知市丸ノ内1丁目2番20号

届出義務者続柄

氏名

（法人にあっては、名称）

株式会社 県庁調剤薬局
代表取締役 県庁 太郎 印

高知県知事 尾崎 正直 殿

個人の場合は、個人印。
 法人の場合は、登記された代表者の印鑑を押印してください。