|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 取 扱 課    薬 務 課 長 殿 | 経　由　機　関　名  茨城県　　　　　保健所  　　　（衛生課扱） | 経由第　 号  年 月 日 |  |

別記第３号様式（第３条関係）

麻薬　　　　者業務（研究）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 | |  | | |
| 上記のとおり、業務（研究）を廃止したので、免許証を添えて届け出ます。  　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　届出義務者続柄  　　　　　　　　　　　　　　氏　名  茨城県知事 殿 | | | | |