|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  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 |