

特定麻薬等原料卸小売業者業務廃止届

業 務 届 出 年 月 日		
麻 薬 等 原 料 営 業 所	所 在 地	〒
	名 称	TEL
氏 名		
業 務 廃 止 の 事 由 及 び そ の 年 月 日		
上記のとおり、業務廃止を届け出ます。		
年 月 日		
〔法人にあつては主たる事務所の所在地〕		
住 所		
届出義務者続柄		
氏 名 〔法人にあつては名称〕		
神 奈 川 県 知 事 殿		

(注意)

用紙の大きさは、A4とすること。