

## 麻薬（施用・管理）者業務廃止届

|                                                                                                        |     |           |                 |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|-----------------|-------|
| 免許証の番号                                                                                                 |     | 第 号       | 免許有効期間<br>開始年月日 | 年 月 日 |
| 麻薬業務所                                                                                                  | 所在地 |           |                 |       |
|                                                                                                        | 名 称 |           |                 |       |
| 氏 名                                                                                                    |     |           |                 |       |
| 業務廃止の事由<br>及びその年月日                                                                                     |     | ( 年 月 日 ) |                 |       |
| <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>届出義務者続柄</p> <p>氏 名</p> <p>佐賀県知事 様</p> |     |           |                 |       |

※ 免許証を添付してください。