

様式2

麻薬施用者業務（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					
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〒</p> <p>届出義務者続柄</p> <p>氏名(法人にあつては、名称)</p> <p>静岡県知事 殿</p>					