麻薬施用者
麻薬管理者　業務（研究）廃止届
麻薬研究者

免許証の番号		第１○□○△号	免許年月日	○年　×月　△日
麻　薬 業務所	所在地	**徳島市万代町１丁目１番地**		
	名　称	**医療法人○△会　○□病院**		
氏　　名		○　○　○　○		
業務（研究）廃止の事由及びその年　月　日		例　**県外へ転勤のため** ○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　**徳島市○×町□丁目△番地**
○△マンション１０２
届出義務者続柄　**本人**

氏名　○　○　○　○

徳島県知事　　殿

＜注意事項＞
・用紙の大きさは、Ａ４とすること。
・業務廃止になった日から、１５日以内に届け出てください。