別記第３号様式

**麻　薬　（　施用　・　管理　）　者　業　務　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　廃　止　の　事　由  及　び　そ　の　年　月　日 | | 年　　月　　日 | | |
| 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。  　　　　　　年　　月　　日  住　所  届出義務者続柄  　　　　 　氏　名  　福岡県知事　　　　　　殿 | | | | |
|

（注意）用紙の大きさは、Ａ４とすること。