

該当に○を付けてください。

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	福岡市博多区～～	
	名 称	医療法人○○ □□病院	
氏 名	福岡 太郎		
業 務 廃 止 の 事 由 及 び そ の 年 月 日	死亡 ※その他、「医師等の資格の喪失」「他都道府県転出」等 と具体的に記載してください。 ○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 届出年月日(書類を提出される日)を記入してください。 (届出事由該当から15日以内) 住 所 北九州市小倉北区～～ 届出義務者続柄 長女 氏 名 博多 花子 福岡県知事 殿			

麻薬(施用・管理)者免許証に記載された免許番号を記入してください。
免許年月日は有効期間の始期を記入してください。施用者等が死亡した場合、相続人が届出を行い、届出義務者続柄を記入してください。
死亡以外の場合は施用者等本人が届け出てください。

(注意) 用紙の大きさは、A4とすること。