

取扱課	経由機関名	経由第 号
薬務課長殿	茨城県 保健所 (衛生課扱)	年 月 日

別記第3号様式（第3条関係）

麻薬 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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">届出義務者続柄</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p>茨城県知事 殿</p>				