

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>年 月 日</p> <p>住 所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）</p> <p>届出義務者続柄</p> <p>氏 名（法人にあっては、名称）</p> <p>鳥取県知事 様</p>			