

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

別記第3号様式（第3条関係）

## 麻薬 小売業者業務（研究）廃止届

免許証の番号		第〇〇-〇〇〇〇号	① 免許年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
麻薬 業務所	所在地	土浦市〇〇町1-2-3		
	名称	茨城県薬務課薬局 土浦店		
氏名		株式会社 茨城県薬務課		
業務（研究）廃止の事由及びその年月日		<p>例1 薬局廃止のため</p> <p>例2 麻薬業務廃止のため</p> <p>例3 開設者組織変更のため</p> <p>〇〇年〇〇月〇〇日</p>		
<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>② 〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;">③ 住 所 水戸市××町1234</p> <p style="text-align: right;">③ 届出義務者続柄</p> <p style="text-align: right;">③ 氏 名 株式会社茨城県薬務課 代表取締役社長 茨城 花子</p> <p>茨城県知事 殿</p>				

④（担当者：茨城（所属：総務課） 連絡先：029-〇〇〇〇 - 1111）

<記入上の注意>

- ①免許証の有効期間開始日を記入する。
- ②窓口へ届け出る日を記入する。
- ③個人の場合は、届出者の自宅住所と氏名を記入する。法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名を記入する。
- ④担当者氏名、所属、連絡先を記入する。