

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 施用 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	日立市〇〇町1-2-3		
	名称	医療法人●●会 衛生課病院		
氏名		茨城 太郎		
業務（研究）廃止の事由及びその年月日		例1 退職のため 例2 死亡のため 〇〇年〇〇月〇〇日		
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。 ②〇〇年〇〇月〇〇日 ③住所 水戸市××町1234 ③届出義務者続柄 ③氏名 茨城 太郎 茨城県知事 殿				

④（担当者：茨城（所属：総務課） 連絡先：029-〇〇〇-1111）

<記入上の注意>

- ①免許証の有効期間開始日を記入する。
- ②窓口に届け出る日を記入する。
- ③届出者の自宅住所と氏名を記入する。※廃止事由が死亡の場合は、親族の届出となり、届出義務者の続柄も記入する。
- ④担当者氏名、所属、連絡先を記入する。