

該当に○を付けてください

麻 薬 （ 管 理 ・ 施 用 ） 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。