

該当に○を付けてください

麻 薬 （ 卸 売 業 ・ 小 売 業 ） 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	○○薬局		
氏 名		株式会社○○○○		
業 務 廃 止 の 事 由 及 び そ の 年 月 日		※ 「薬局閉局のため」等と具体的に記載してください。 ○年 ○月 ○日		
<p>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。</p> <p>○年 ○月 ○日</p> <p>住所 北九州市小倉北区～～</p> <p>届出義務者続柄</p> <p>氏 名 株式会社○○○○ 代表取締役□□ □□</p>				
福岡県知事		殿		

麻薬（卸売業・小売業）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。

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）

個人開設の場合で開設者が死亡した場合等、相続人が届ける場合に記入してください。

免許を受けた者が死亡し、又は法人解散したときは、その相続人若しくは相続財産を管理する者又は清算人、破産管財人若しくは合併後存続し、若しくは合併により設立された法人の代表者の住所氏名を記入してください