

麻 薬 研 究 者 研 究 廃 止 届

免 許 証 の 番 号		第〇〇〇〇〇〇号	免 許 年 月 日	〇年 〇月 〇日
麻 薬 業 務 所	所 在 地	福岡市博多区～ <small>麻薬研究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。</small>		
	名 称	〇〇大学〇〇学教室		
氏 名		福岡 太郎		
業 務 廃 止 の 事 由 及 び そ の 年 月 日		※ 「研究終了のため」等と具体的に記載してください。 〇年 〇月 〇日		
<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>〇年 〇月 〇日 <small>届出年月日（書類を提出される日）を記入してください （届出該当事由から15日以内）</small></p> <p>住 所 福岡市博多区～～</p> <p>届出義務者続柄 <small>研究者が死亡した場合等、相続人が届け出る場合に記入してください。</small></p> <p>氏 名 福岡 太郎</p> <p>福岡県知事 殿</p>				

(注意) 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。