

麻 薬 施 用 者 業 務 廃 止 届

免許証の番号	第0000号	免許年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
麻薬業務所	所在地	島根県松江市〇〇町〇〇番地	
	名称	〇〇病院	
氏名	島根 太郎		
業務廃止の事由 及びその年月日	退職のため 〇〇年〇〇月〇〇日		

麻薬免許証の有効期間の開始
年月日を記入してください

業務廃止理由を具体的に記入ください

- ・ 県外へ転出
- ・ 県内の他事業所へ転出（麻薬を施用しない）
- ・ 退職のため（転出先なし）
- ・ 麻薬業務所の廃止 など

※県内の他事業所へ転出し、転出先でも引き続き麻薬を施用する場合は、廃止ではなく記載事項変更届の手続きが必要です

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。

〇〇年〇〇月〇〇日

届出者の住所を記入
してください

住所 島根県松江市〇〇町〇〇番地

届出義務者続柄

開設者が死亡・解散した場合は相続人・清算人等の届出となります
その場合は届出義務者続柄も記入してください

氏名 島根 太郎

島根県知事 殿