（様式第7号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※当該事項に○印をつけてください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　当該事業所の施用者数はこの申請者を除くと

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　a.０人　　b.１人　　c.２人以上

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　現在麻薬管理者は

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　a.いる　　　　　b.いない

**麻薬（□施用・□管理・□小売業・□卸売業・□研究）者業務廃止届**

免　許　証　の　番　号　第　　　　　　号　　免　許　年　月　日　　　　　　　年　　　月　　　日

麻　 薬　 所在地

業　務　所　 名　称

氏　　　　　　　　名

業務廃止の事由

及びその年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

熊本県知事　　　　　　　様

**記入上の注意**

・黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、楷書で記入してください。

・提出部数は１部。ただし、研究者・卸売業者については、２部提出してください。

　　　　（提出先）　熊本市の場合　　　：熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課

　　　　　　　　　　熊本市以外の場合　：業務所所在地を管轄する保健所

・業務内容に応じて、申請区分の□内に✔印を記入してください。

・業務廃止の事由については、県外転出、退職、死亡、取扱不要など具体的に記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | 006-004-001-001 | 主題名 | 届出又は報告に関する文書 | 保存期限 | ３年 |
| 決裁区分 | □　所長 | １　本届出書を進達してよろしいか。 | 起案　令和　　　年　　　月　　　日 |
| □　課長 | ２　本届について、受理してよろしいか。 |
| 薬務衛生課長（所長） | 審議員（次長） | （次長） | (薬事担当)(課長) | (監視麻薬担当)(主幹) | 起案者 | 課員 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 保健所受付日付印 | 保健所決裁日付印 | 保健所発送日付印 | 薬務衛生課受付日付印 | 薬務衛生課決裁日付印 |
|  |  |  |  |  |
| 衛生総合情報システム受付番号（保健所） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 衛生総合情報システム受付番号（薬務衛生課） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |