

麻薬免許証の番号を記載してください。
(医師免許証等の番号ではありません。)

該当する免許の種類を記載してください。

麻薬免許証の有効期間開始日を記載してください。

免許証の番号	第〇〇〇〇〇号	免許証年月日	令和△△年1月1日
麻薬業務所	所在地	高知市丸ノ内1丁目2番20号	
	名称	医療法人高知会 県庁病院	
氏名	高知 花子		
業務（研究）廃止の事由及びその年月日	県外へ転出 令和〇〇年△△月△△日		

業務廃止理由を具体的に記載してください。
(例) ・ 県外へ転出
・ 退職のため(転出先なし)
・ 病院・診療所を廃止するため。

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

届出者の住所を記載。
高知市本町△丁目△番△号

届出義務者続柄

氏名 (法人にあっては、名称)

高知 花子

高知県知事 〇〇 〇〇 殿