

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		土佐 次郎		
業務（研究）廃止の 事由及びその年月日		県外へ転出するため。 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) ・ 県外へ転出するため。  
・ 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。  
高知市上町□丁目□番□号

届出義務者続柄

氏名 }  
法人にあっては、名称

土佐 次郎

高知県知事 ○○ ○○ 殿