

## 麻 薬 施 用 者 業 務 廃 止 届

免許証の番号	第〇〇-〇〇号	免許年月日	令和〇年〇〇月〇〇日
麻薬業務所	所在地	島根県松江市〇〇町〇〇番地	
	名称	松江××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 令和〇年〇〇月〇〇日		
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。			
令和〇〇年〇〇月〇〇日			
住所		島根県松江市〇〇町××-×	
届出義務者続柄		本人	
氏名		島根 太郎	
島根県知事		丸山 達也 殿	

麻薬免許証の有効期限の開始日を記入

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。

届出日を記入。廃止日から15日以内に届け出てください。

届出者の住所を記入してください。