**特定麻薬等原料卸小売業者業務廃止届**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務届出年月日 | |  |
| 麻薬等原料営業所 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 業務廃止の事由  及びその年月日 | |  |
| 上記のとおり、業務廃止を届け出ます。  　　　年　　　月　　　日  住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）  　　　　　　　　　　　届出義務者続柄  氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）    長 野 県 知 事　　　殿 | | |

（注）用紙の大きさは、Ａ４とすること。