

薬局等外薬事従事廃止届書

年 月 日

長崎県知事 様

届出者 住 所

氏 名

下記により兼務をしなくなったので、許可証添付のうえ届出をします。

兼務を許可 された業務	名 称	
	所在地	
	内 容	
許可番号及び年月日	第 号	年 月 日
廃止年月日		年 月 日