麻薬小売業者免許証返納届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | 第　　 　　 号 | 免許年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 麻薬業務所 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 氏　　 名 |  |
| 免許証返納の事由及びその年月日 | 有効期間満了　　　　　　　　　　年　１２月　３１日 |
| 上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。　　　　年 月 日　　　住　　所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）　　　　　　 　　　氏　　名（法人にあつては、名称）　　台東区台東保健所長 殿 |

（注意）

用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とすること。