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。