麻薬小売業者免許証返納届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | 荒健衛　第　　　号 | 免許年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 荒川区　　　　　　　　　丁目　　　　番　　　　号  TEL　　　　（　　　　　　） | | |
| 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　　　　令和　　　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。  令和　　　　年 月 日  　　　　　　　　　　　　住 所  　　　　　　　　　　 　法人にあっては､主たる  　　　　　　　　　　　 事務所の 所在地  　　　　　　　　　　　　氏 　名  　　　　　　　　　　　 法人にあっては､名称      　　　荒川区保健所長　　　殿 | | | | |