

麻 薬 管 理 者 免 許 証 返 納 届

研 究 小 売 業

免 許 証 の 番 号		第	号	免 許 年 月 日	年	月	日
向精神薬 営 業 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) 千 代 田 区 千 代 田 保 健 所 長 殿							

(注 意)

用紙の大きさは、A4とすること。