

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	月	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）

文京区文京保健所長 殿

(注意)

用紙の大きさは、A4とすること。