

麻薬 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			

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 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあっては、名称)

印

様