

麻薬小売業者免許証返納届

免許証の番号		品保生薬第 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 1 2 月 3 1 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） 品川区保健所長 殿				

（注意）
用紙の大きさは、A4 とすること。