

麻薬小売業者免許証返納届

免許証の番号	墨福衛生薬号 第 号	免許年月日	年 月 日
麻薬業務所	所在地		
	名称	電話：	
氏名			
免許証返納の事由 及びその年月日	薬局の廃止 ・ 取扱不用 ・ 死亡 その他() 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〕 墨田区保健所長 へ			