

該当に○を付けてください

麻薬（管理・施用・研究）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	福岡市博多区～～		
	名称	医療法人○○ □□病院		
氏名	福岡 太郎			
免許証返納の事由 及びその年月日	※ 「有効期限満了のため」「免許を取り消されたため」 「亡失した免許証を発見したため」等と具田的に記載 すること。			○年 ○月 ○日

麻薬（管理・施用・研究）者免許証に記載された免許
番号を記入してください。
免許年月日は有効期間の始期を記入してください。

上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。

届出年月日(書類を提出される日)を記入してください

○年 ○月 ○日

住所 福岡市博多区～～

氏名 福岡 太郎

福岡県知事 殿