

該当に○を付けてください

麻 薬 （ 卸 売 業 ・ 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	福岡市博多区～		
	名 称	○○薬局		
氏 名		株式会社○○○○		
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		
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 届出年月日(書類を提出される日)を記入してください 住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 北九州市小倉北区～～ 氏 名 (法人にあつては、名称) 株式会社○○○○ 代表取締役□□ □□ 福岡県知事 殿				

麻薬（卸売業・小売業）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。

(注意) 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。