

該当に○を付けてください。

別記第4号様式

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」等具体的に記載 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				
住所 （法人にあっては、主たる事務所の所在地） 北九州市小倉北区～～ 氏 名 （法人にあっては、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。

届出年月日（書類を提出される日）を記入してください。

（注意）用紙の大きさは、A4とすること。