

別記第4号様式（第4条関係）

麻薬（卸売業・小売業・施用・管理・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						
	名称						
氏名							
免許証返納の事由 及びその年月日							
<p>上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所（法人にあっては、主たる事業所の所在地）</p> <p>氏 名（法人にあっては、名称）</p> <p>（あて先） 埼玉県 保健所長</p>							
担当者名		連絡先電話番号	（ ）				

（注意）

1. 用紙の大きさは、A4とすること。