

麻薬小売業者免許証返納届

免 許 証 の 番 号		麻 号	免 許 年 月 日	年 月 日
麻 薬 業 務 所	所 在 地	広島市 区		
	名 称			
氏 名				
免許証返納の事由及びその年月日				
備 考				
担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等		(電話)		
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 氏 名 (法人にあっては、主たる事務所の所在地及び名称) (宛先) 広島市保健所長				

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します（承諾されない方はお申し出ください。）。

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	(受付)		(伺い)	
	係	専門員	係	係長