

麻薬小売業者免許証返納届

免 許 証 の 番 号	麻 第 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)	
<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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;"><small>(法人にあっては、主たる事務所の所在地及び名称)</small></p> <p>(宛先) 広島市保健所長</p>			

※ 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)	
係	専門員

(伺い)	
係	係長