

麻薬小売業者 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			
	名称			
氏 名				
免許証返納の事由 及びその年月日		令和 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>令和 年 月 日</p> <p>住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）</p> <p>氏名（法人にあっては、名称）</p> <p>水戸市保健所長 様</p>				