別記第４号様式（第４条関係）

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 |
|  　上記のとおり，免許証を返納したいので，届け出ます。　　令和　　年　　月　　日住所（法人にあっては，主たる事務所の所在地）　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては，名称）　　　　　　　　　　　　　　　　 　水戸市保健所長 様 |