

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			
<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（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</p> <p>氏 名（法人にあつては、名称）</p> <p>【担当者氏名： 担当者連絡先： 】</p> <p>（あて先）板橋区保健所長</p>			