

## 麻薬小売業者免許証返納届

お手元の許可証を  
ご覧いただき、記載  
ください。  
年月日は、許可開始  
日です。

免許証の番号	○練保所生麻き 第△号	免許年月日	○年△月□日
麻薬業務所	所在地	東京都 練馬区○○一丁目2番3号 △ビル1階	
	名称	○○薬局	
氏名	株式会社○○○		
免許証返納の事由 及びその年月日	有効期間満了	○年12月31日	
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（法人にあつては、主たる事務所の所在地）			
氏 名（法人にあつては、名称）			
練馬区保健所長 殿		提出年月日、住所、氏名を記載してください。 なお、法人の場合は、登記された本社の所在地、名称および代表者氏名を記載してください。	

（注意）

用紙の大きさは、A4とすること。