

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	町田市					
	名称						
氏名							
免許証返納の事由 及びその年月日		有効期間満了 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。 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） 町田市保健所長 殿							

（注意）
用紙の大きさは、A4とすること。