

様式③

誓 約 書

免 許 種 別	麻 薬 小 売 業 者	免 許 番 号	第 号
免 許 年 月 日	年 月 日		
有 効 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
麻 薬 業 務 所	所 在 地		
	名 称		
氏 名			

上記の免許証を、管理不行き届きのため、紛失してしまいました。今後は、充分注意するとともに、免許証を発見したときは、速やかに返納いたします。

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 様