

麻 薬

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			有 効 期 間 満 了 の た め 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 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p>氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)</p> <p>山形県知事 殿</p>						

- 1 用紙の大きさはA4とすること。
- 2 届出書の題名の空欄に返納する免許証の種類を記載すること。
- 3 麻薬の免許証を添付すること