

麻 薬 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</p> <p>氏 名</p> <p>茨城県 保健所長 殿</p> | | | | | | | |