

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			
	名 称			
氏 名				
免許証返納の事由 及びその年月日				
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） 【担当者氏名： 担当者連絡先： 】 （宛先）板橋区保健所長				