

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、名称及び代表者の氏名)

(宛先)板橋区保健所長

【担当者氏名：担当者連絡先：】