

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<br>及 び そ の 年 月 日  |     | 有効期間満了<br>年 12 月 31 日<br>( 免許の継続 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) |       |       |
| <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>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>鹿児島県知事 殿</p> |     |  |       |       |