

麻 薬 （ 施 用 ） 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 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 (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) 印</p> <p>秋 田 県 知 事 あて</p>			