

麻薬施用者免許証返納届

免許証の番号		第〇〇-〇〇〇〇号	①免許年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
麻薬 業務所	所在地	日上市〇〇町1-2-3		
	名称	医療法人●●会 衛生課病院		
氏名		茨城 太郎		
免許証返納の 事由及び その年月日		有効期間満了のため 〇〇年12月31日		
上記のとおり、免許証を返納したいので、届け出ます。				
②〇〇年〇〇月〇〇日				
③住所 水戸市××町1234				
③氏名 茨城 太郎				
茨城県 日立 保健所長 殿				

④（担当者：茨城

（所属：総務課）

連絡先：029-〇〇〇-1111）

<記入上の注意>

- ①免許証の有効期間開始日を記入する。
- ②窓口へ届け出る日を記入する。
- ③届出者の自宅住所と氏名を記入する。
- ④担当者氏名、所属、連絡先を記入する。