

麻薬 者免許証返納届

免許証の番号	第	号	免許年月日	平成	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	有効期間満了のため 令和 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。 令和 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〕 山形県知事 殿							

(注意)

用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。

- ※1 麻薬施用者・管理者・研究者にあつては、届出者個人の住所・氏名を記載し、届出者個人の印鑑(認印)を押印してください。
- ※2 麻薬小売業者・麻薬卸売業者で法人の場合は、主たる事務所の所在地・名称・代表者名を記載し、代表者印を押印してください。
- ※3 この様式は、有効期間が切れた免許を返納する場合に使用します。まだ有効期間が残っていて、異動や退職等により麻薬の取扱いをやめる場合には、この様式ではなく「麻薬業務廃止届」に免許証の原本を添えて提出をお願いします。
- ※4 麻薬の取扱いをやめ、その業務所に麻薬取扱者が1人もいなくなる場合は、「免許の失効による麻薬所有量届」等の手続きが必要になるので、保健所までお問い合わせください。

連絡先 _____ () _____

担当者氏名 _____