

麻薬免許証の種別を
記入してください。

麻薬免許証の有効期
間開始日を記入して
ください。

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	免許証年月日	平成〇〇年 1 月 1 日
麻薬業務所	所在地	高知市丸ノ内1丁目2番20号	
	名称	医療法人高知会 県庁病院	
氏名	桂浜 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 平成〇〇年12月31日		

上記のとおり、免許証を返納したいので届け出

平成〇〇年〇〇月〇〇日

返納理由を具体的に記入ください。

- （例）・有効期間満了のため
- ・有効期間を満了後、麻薬業務を廃止するため。

届出者の住所を記入

住所

法人にあっては、主
たる事務所の所在地

高知市◇◇町〇〇-〇

氏名

法人にあっては、
名 称

桂浜 太郎 **印**

届出者の**個人印**を押印

高知県知事 **尾崎 正直** 殿

有効期間の満了した免許証を添付してください。
引き続き、麻薬業務を行う場合は、申請が必要です。