麻薬　　　者免許証返納届

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 第　　　　号 | 免許年月日 | 年　　月　　日 |  |
| 麻薬業務所 | 所 在 地 |  | | |
| 名　　称 |  | | |
| 氏 名 | |  | | |
|  | | 令和　　年　　月　　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（法人にあっては、主たる事務所の所在地）  届出義務者続柄 | | | | |
|  | 氏　　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）    群馬県知事　あて | | | | |  |

　（注意）

　　　用紙の大きさは、Ａ４とすること。