**卸売業　小売業**

**管理　施用　研究**

**麻薬　　　　　　　　　　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 | |  | | |
| 免許証返納の事由  及びその年月日 | |  | | |
| 上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。  　　　年　　　月　　　日  住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）  氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）    長 野 県 知 事　　　殿 | | | | |

（注）用紙の大きさは、Ａ４とすること。