

別記第3号様式（第3条関係）

別記第4号様式（第4条関係）

麻 薬 卸 売 業 者 免 許 証 返 納 届
業 務 廃 止

免許証の番号	第	号	免許年月日	令和	年	月	日	
麻薬業務所	所在地							
	名称							
氏名								
免許証返納の事由 業務廃止の事由 及び、その年月日	1	令和	年	1	2	3	1	日免許の有効期間が満了したため。
	2	令和	年	1	2	3	1	日免許の有効期間が満了したが、継続して 免許を受けなかった。
	3	令和	年	月	日			免許の取消処分を受けた。
	4	令和	年	月	日			に業務を廃止。 麻薬を使わない、資格そう失、その他（
上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。 業務を廃止したので、免許証を添えて届け出ます。 年 月 日 住 所 <small>〔法人にあっては主たる事務所の所在地〕</small> 氏 名 <small>〔法人にあっては名称〕</small> 神 奈 川 県 知 事 殿								

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 「この届」は免許証を添えて15日以内に管轄保健福祉事務所（保健所）等へ提出すること。
- 3 並記してある文字のうち不要文字は消すこと。
- 4 免許証返納事由又は業務廃止事由は該当事項を○でかこんで年月日を記入すること。
- 5 法人にあっては住所は主たる事務所の所在地とし、氏名は法人の名称及び代表者の氏名とすること。