**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、免許証を返納したので届け出ます。  年　　月　　日  住　所（法人にあっては、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）  島根県知事　殿 | | | | |