

返納する麻薬免許証の  
番号、免許の有効期間  
開始日を記載

該当を○で囲んでください

別記第4号様式

麻薬（**施用**）管理）者免許証返納届

免許証の番号	第××××××号	免許有効期間 開始年月日	年××月××日
麻薬業務所	所在地	佐賀市城内1-×-×	
	名称	医療法人佐賀会 県庁病院	
氏名	佐賀 太郎		
免許返納の事由 及びその年月日	有効期限満了のため		<p>具体的な事由、事由の発生日を 記載してください。</p> <p>( 年 12月 31日 )</p>
<p>上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。</p> <p>年 1月 12日</p> <p>住所 佐賀市兵庫1-×-×</p> <p>氏名 佐賀 太郎</p> <p>佐賀県知事 様</p>			

免許証を添付すること。