別記第４号様式

該当する免許の種類を〇で囲んでください。

記載例

麻薬卸売業者、麻薬小売業者、麻薬施用者、

麻薬管理者、麻薬研究者　　　　　　　　　免許証返納届

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免　許　証　の　番　号 | | 第２３０００号 | 免 許 年 月 日 | | 令和２年１月１日 |  |
| 麻　　　　薬 | 所在地 | 免許の有効期間の**始期**を記載してください。（免許証の下部に記載しています。）  高松市番町四丁目１番１０号 | | | |  |
| 業 　務 　所 | 名　称 | 医療法人社団　香川県庁病院 | | | |  |
| 氏　　　　　　　　名 | | 香　川　太　郎  有効期間満了後の免許証は、この届に添付して返納してください。 | | | |  |
| 免許証返納の事由 | | １．有効期間満了により、更新免許受領  　　　　　令和４年１２月３１日満了  　２．その他 | | | |  |
| 紛失していた免許証を発見する等の理由がある場合に（　）内に記載してください。  免許を受けていた者の死亡、解散等による場合は、相続人、清算人等が届け出ることになりますので、続柄等を記載してください。それ以外は空欄としてください。  上記のとおり、免許証を返納したいので、届け出ます。  令和５年１月１０日  免許を受けている者の現住所を記載してください。  住　　　　　　　　　所　高松市西宝町○丁目△番×号  　　○○マンション○号室  主たる事務所の所在地  　 届 出 義 務 者 続 柄  氏　　　　　　　　　名　　　香　川　太　郎  (法人にあっては､名称)  免許を受けている者が法人の場合は、名称、代表者の氏名を記載してください。（※麻薬卸売業者、麻薬小売業者のみ該当）  香川県知事　池　田　豊　人　殿 | | | | | |  |
| 担当者氏名  電話番号　　　（　　）  引き続き麻薬取扱者免許を受ける方が、有効期間の満了した免許証を返納する場合や再交付を受けた後、亡失した免許証を発見した場合などが該当します。  ※有効期間満了日をもって廃止する場合は、業務廃止届を提出してください。 | |  |