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。 |  |