返納届書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務の種別 | |  |
| 許可番号、認定番号又は  登録番号及び年月日 | |  |
| 薬局、主たる機能を有  する事務所、製造所、  店舗、営業所又は事業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 亡失した許可証等を発見し又は  許可取消し処分を受けた年月日 | |  |
| 備考 | |  |

亡失した許可証等を発見した

上記により、　　　　　　　　　　　　　　ので、許可証等を返納します。

　　　　　　許可取消し処分を受けた

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所　　　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

　　　称及び代表者の氏名

千葉県知事　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号