

様式②

許可証・登録票返納届書

| | | |
|------------------------|-----|--|
| 業務の種別 | | |
| 許可・登録番号 及び年月日 | | |
| 薬局又は医 薬品販売業 等の店舗 | 名称 | |
| | 所在地 | |
| 返納の理由 | | |
| 備 考 | | |

上記により、_____を返納します。

年 月 日

文京区文京保健所長 殿

住 所 _____

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名 _____

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)