

返納届書

業 務 の 種 別		
許 可 番 号 及 び 年 月 日		千保第 号 年 月 日
薬局、店舗又は営業所	名 称	
	所在地	区
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		年 月 日
備 考		

上記により、亡失した許可証等を発見した
許 可 取 消 し 処 分 を 受 け た の で、許可証等を返納します。

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)

千葉県保健所長 殿

(担当者名
連絡先電話番号
連絡先電子メールアドレス
@)