

麻薬免許証の種別を
記入ください。

捨印

麻薬施用者免許証返納届

麻薬免許証の有効期
限の開始日を記入

免許証の番号	第 〇〇-〇〇 号	免許年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
麻薬業務所	所在地	松江市〇〇町〇〇-〇〇	
	名称	松江〇〇病院	
氏名	松江 太郎		
免許証返納の事由 及びその年月日	(事由)	有効期間満了のため	
	(年月日)	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	

返納理由を具体的に記入
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。

有効期限の満了した免許証を添付して
下さい。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

届出日を
記入

住所 松江市〇〇町〇〇-〇〇

届出義務者続柄 本人

氏名 松江 太郎

印

届出者の個人印を
押印

島根県知事 溝口 善兵衛 殿