

麻 薬 免 許 証 紛 失 届

年 月 日

神 奈 川 県 知 事 様

住所（医師等の場合は医師等の個人の住所。薬局の場合は
開設者所在地）

氏名（医師等の場合は医師等の氏名、医師等の個人印。
薬局の場合は開設者名および代表者名、代表者印）

印

このたび、当方の不注意により、次の麻薬取扱者免許証（施用者・小売業者・管理者）を紛失しました。後日当該免許証が発見された場合は速やかに返却いたします。なお、今後はこのようなことがないように十分注意をいたしますのでよろしく申し上げます。

事業所の所在地 医師等の場合は主たる診療所等の所在地、薬局の場合は薬局の所在地

事業所の名称 医師等の場合は主たる診療所等の名称、薬局の場合は薬局名

免許証の番号 第 号

登録年月日 年 月 日

備考欄