麻薬卸売業、麻薬小売業、麻薬施用

　　　　　　　　　　　　　　者免許証返納届

麻薬管理、麻薬研究

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | 第　　号 | 免許年月日 | 年 　月 　日 |
| 麻薬業務所 | 所在地 |  | | |
| 名称 |  | | |
| 氏名 | |  | | |
| 免許証返納の事由及びその年月日 | |  | | |
| 上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。  　　　　　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、その  名称及び代表者の氏名  　山口県知事　　　　　殿 | | | | |