麻薬小売業者間譲渡許可書返納届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 許可番号 | 第　　　　　　　号 | 許可年月日 | 年　　月　　日 |
| 返納の事由 |  | | |
| 上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書を返納します。  年　　月　　日  　麻薬業務所名称  　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、その名称及び代表者の氏名）    　麻薬業務所名称  　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、その名称及び代表者の氏名）    　山口県知事　　　　　　　殿 | | | |

（別紙様式５）

|  |
| --- |
| 麻薬業務所名称  　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、その名称及び代表者の氏名）    麻薬業務所名称  　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、その名称及び代表者の氏名）    麻薬業務所名称  　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、その名称及び代表者の氏名）    麻薬業務所名称  　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、その名称及び代表者の氏名）    麻薬業務所名称  　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、その名称及び代表者の氏名） |