

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			
<p>上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書を返納します。</p> <p>年 月 日</p> <p>麻薬業務所名称</p> <p>住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</p> <p>氏名（法人にあつては、その名称及び代表者の氏名）</p> <p>麻薬業務所名称</p> <p>住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</p> <p>氏名（法人にあつては、その名称及び代表者の氏名）</p> <p>山口県知事 殿</p>			

(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）