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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |