

麻薬 者免許証返納届

| | | | | | | | |
|--|-----|---|---|-------|---|---|---|
| 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 | | | | | | | |
| <p>上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。</p> <p>年 月 日</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、名称）</p> <p>滋賀県知事 殿</p> <p>担当者： 連絡先：</p> | | | | | | | |

(注意)

用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。