(3)

**麻薬研究者免許証返納届**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | （　　　　　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        　　　氏　名    　佐賀県知事　様 | | | | |

　※　免許証を添付すること。