別記第４号様式

**麻薬（　施用・管理　）者免許証返納届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 |  第　　　　　　　号 | 免許有効期間開始年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 麻薬業務所 |  所在地 |  |
|  名　称 |  |
|  氏　　　　　　名 |  |
| 免許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。