

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)					
<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</p> <p>氏名</p> <p>佐賀県知事 様</p>							

※ 免許証を添付すること。