（様式第25号）

**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、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、名称及び代表者の氏名）  熊本県知事　様 | | | |

（注意）

　　１　用紙の大きさは、A4とすること。

　　２　届出者欄にそのすべてを記載することができないときは、別紙に記載すること。