

捨印

免許の失効による麻薬所有量届

年 月 日

山形県知事 殿

住 所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)

続 柄

氏 名 (法人にあつては、名称)

㊟

下記のとおり、麻薬の所有量について届け出ます。

免 許 の 種 類			
免 許 の 番 号	第 号	免許年月日	年 月 日
氏 名			
麻薬業務所	所在地		
	名 称		
届 出 の 事 由			
届出事由発生年月日			
所有する麻薬の 品名及び数量	品 名	数 量	
備 考			

担当者氏名 _____

連絡先 _____