**様式１**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定証返納書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  愛知県知事　殿  　　　　　　　　　　　　　　　住　　所  氏　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　名称及び代  　　　　　　　　　　　　　　　　表者の氏名  第10条第1項 　　　　　　　　　　　　~~施用機関~~  　覚醒剤取締法　　　　　　　の規定により、覚醒剤　　　　　　の指定証  ~~第11条第2項~~ 　　　　　　　　　　　　　研究者  を返納します。 | | | | | |
| 指定証の番号 | | 第　　　号 | | 指定年月日 | 年　　月 日 |
| 病院、診療所又は研究所 | 所在地 | |  | | |
| 名　　称 | |  | | |
| 指定証返納の事由及びその事由の発生年月日 | | |  | | |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。