様式第1号(第2条関係)

知事指定候補薬物の解除申立書

年　　月　　日

　鳥取県知事　様

申立人　住所(法人にあっては主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては名称並びに代表者の氏名及び住所)

電話番号

　私が製造(栽培・販売・授与)をしようとする知事指定候補薬物について、鳥取県薬物の濫用の防止に関する条例第10条第2項の規定により、次のとおり解除を申し立てます。

1　知事指定候補薬物の名称

2　知事指定候補薬物の製造(栽培・販売・授与)をする目的及び数量

3　知事指定候補薬物の製造(栽培・販売・授与)をする場所

4　知事指定候補薬物の製造(栽培・販売・授与)をする方法

5　解除を申し立てる理由

添付書類

1　知事指定候補薬物の製造(栽培・販売・授与)をする場所の図面及び写真

2　人の健康に対する被害が生じないことを証明する書類

3　知事指定候補薬物の成分を分析した書類

4　本人確認書類