

## 麻 薬 譲 渡 許 可 申 請 書

譲 渡 人	免許証の番号		第 号	免許年月日	年 月 日	
	免許の種類					
	麻薬業務所	所在地				
		名 称				
譲り渡そうとする麻薬			品 名	容 量	箇 数	数 量
譲 渡 先	免許証の番号		第 号	免許年月日	年 月 日	
	免許の種類					
	麻薬業務所	所在地				
		名 称				
氏名 (法人にあつては、名称)						
譲渡しの理由						
<p>上記のとおり、麻薬を譲り渡したいので申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>関東信越厚生局長 殿</p>						

(注) 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。