

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	筒 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（法人にあっては、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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）</p> <p style="text-align: center;">氏 名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）</p> <p style="text-align: center;">関東信越厚生局長 殿</p>					

(注) 用紙の大きさは、A4 とすること。