

取 扱 課 薬 務 課 長 殿	経 由 機 関 名 茨城県 保健所 (衛生課扱)	経由第 号 年 月 日
------------------------	--------------------------------	--------------------

(別紙様式6)

麻薬小売業者間譲渡許可書再交付申請書

許可番号	第 号	許可年月日	年 月 日
麻薬業務所	所在地		
	名称		
再交付の事由 及びその年月日			
<p>上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</p> <p>氏名（法人にあつては、名称）</p> <p>茨城県知事 殿</p>			

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 麻薬小売業者間譲渡許可書を毀損した場合には、当該許可書を添付すること。