

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	①第〇〇〇〇-〇〇〇号	許可年月日	②〇〇年〇〇月〇〇日
麻薬業務所	所在地	茨城県土浦市〇〇町3-3-3	
	名称	薬務調剤薬局 土浦店	
再交付の事由 及びその年月日	許可証を紛失したため 〇〇年〇〇月〇〇日		
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。			
③〇〇年 〇〇月 〇〇日			
④住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	埼玉県▽▽市〇〇町2-3-4 〇〇ビル 4階		
氏名 (法人にあつては、名称)	薬務調剤薬局 株式会社 代表取締役 薬務 太一		
茨城県知事 殿			

(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。

- ①譲渡許可書の番号を記入する。
- ②譲渡許可書の有効期間開始日を記入する。
- ③提出日を記入する。
- ④個人の場合は、申請者の自宅住所と氏名を記入する。法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名を記入する。