

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

(別紙様式7)

## 麻薬小売業者間譲渡許可書返納届

許可番号	第 号	許可年月日	年 月 日
返納の事由			
<p>上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書を返納します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>麻薬業務所名称</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>麻薬業務所名称</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 届出者欄にそのすべてを記載することができないときは、別紙に記載すること。