

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	免許証の番号	③第〇-〇〇〇〇号	免許年月日	④〇〇年〇〇月〇〇日
	所在地	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。				
⑤〇〇年 〇〇月 〇〇日				
⑥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 様				

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格 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麻薬小売業者免許の番号を記入する。
- ④麻薬小売業者免許の有効期間開始日を記入する。
- ⑤提出日を記入する。
- ⑥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。