第４号様式

免許の失効等による麻薬譲渡届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  免許証の番号 |  第　　　　　 号 |  免 許 年 月 日 | 　　　 年　 月　 日 |
|  免許の種類 |  |  業務廃止年月日 | 　　　 年　 月　 日 |
|  麻薬業務所 |  所在地 |  |
|  名　称 |  |
|  氏　　　　　　　　　名 (法人にあっては、名称) |  |
|  譲渡した麻薬の 品名及び数量 |  |
|  譲 渡 先 |  免許証の番号 |  |  免 許 年 月 日 | 　　　 年　 月　 日 |
|  免許の種類 |  |  譲 渡 年 月 日 | 　　　 年　 月　 日 |
|  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 |  |
|  　上記のとおり、麻薬を譲渡したので届け出ます。 　　　　　　　年　　　月　　　日 住　　所（法人にあっては、主たる事業所の所在地） 届出義務者続柄 氏　　名（法人にあっては、名称） （宛先） 　埼玉県　　　　　保健所長 |
|  担当者名 |  |  連絡先電話番号 |  　　　　（　　　　） |

（注意）

１．　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

２．　開設者死亡、法人解散などの場合は、その相続人等が届出義務者であること。