

譲渡許可書の許可番号を記載してください。

※麻薬小売業者免許の免許番号
(数字6桁)ではありません。

譲渡許可書の有効期間の始期年月日を記載してください。

麻薬小売業者間譲渡許可書再交付申請書

| | | | |
|--------|----------|-------|------------|
| 許可番号 | 薬第〇-〇-〇号 | 許可年月日 | 令和〇年 〇月 〇日 |
| 免許証の番号 | 第〇〇〇〇〇〇号 | 免許年月日 | 令和〇年 〇月 〇日 |

麻薬小売業者免許証の免許番号を記載してください。

麻薬小売業者免許証の有効期間の始期年月日を記載してください。

| | | |
|-------|-----|--------------|
| 麻薬業務所 | 所在地 | 埼玉県〇〇市〇〇町〇-〇 |
| | 名称 | 〇〇薬局 |

麻薬小売業者免許証のとおりに記載してください。

| | |
|---------------|----------------------------|
| 再交付の事由及びその年月日 | 【例】紛失のため/毀損のため 令和〇年〇月〇日 |
|---------------|----------------------------|

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。

令和〇年 〇月 〇日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

埼玉県〇〇市〇〇町〇-〇

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名）

株式会社〇〇 代表取締役 〇〇〇〇

(宛先)

埼玉県知事

備考欄に申請に関する連絡先を記載してください。

(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。

【連絡先】 所属：〇〇薬局 (担当者：〇〇〇〇)
電話：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇