　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。