

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。

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●●市●●町●-●

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●● 代表取締役 ●●●●

(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)
電話：000-000-0000	