**麻 薬 譲 渡 許 可 申 請 書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 譲　渡　人 | 免許証の番号 | | 第　　　　号 | 免許年月日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 免許の種類 | |  | | | | | |
| 麻薬業務所 | 所在地 |  | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | |
| 譲り渡そうとする麻薬 | | | 品　　　名 | | 容　量 | | 箇　数 | 数　量 |
|  | |  | |  |  |
| 譲　渡　先 | 免許証の番号 | | 第　　　　号 | 免許年月日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 免許の種類 | |  | | | | | |
| 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、麻薬を譲り渡したいので申請します。  　　　年　　　月　　　日  住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）  氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）    関東信越厚生局長　　　殿 | | | | | | | | |

（注）用紙の大きさは、Ａ４とすること。