|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 取 扱 課  薬 務 課 長 殿 | 経　由　機　関　名  茨城県　　　　　保健所  （衛生課扱） | 経由第　 号  　年 月 日 |

（別紙様式６）

麻薬小売業者間譲渡許可書再交付申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 許可番号 | | 第　　　　　　　号 | | 許可年月日 | 年　　 月　　 日 |
| 麻薬業務所 | 所　在　地 |  | | | |
| 名　　　称 |  | | | |
| 再交付の事由  及びその年月日 | | |  | | |
| 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。  　　　　　　　年　　　月　　　日  住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）  氏名（法人にあつては、名称）  　茨城県知事　殿 | | | | | |

（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。