

譲渡許可の許可番号を記載して下さい。※麻薬小売業者の免許番号ではありません。

譲渡許可の有効期間の始期年月日を記載して下さい。

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	令和 ○年 ○月 ○日	
麻薬業務所	免許証の番号	第●●—△△△△号	免許年月日	令和 ○年 ○月 ○日
	所在地	東京都●●市◇◇町●—△—■		
	名称	調剤薬局●● ◇◇店		
再交付の事由及びその年月日		許可書を紛失したため 令和●●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。				
令和 ○年 ○月 ○日				
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 東京都●●区◇◇町○—○—○				
氏名（法人にあつては、名称） 株式会社●●薬局 代表取締役●● ●●				
東京都知事 殿				

麻薬小売業者の免許番号、免許年月日、所在地、名称を記載してください。

法人開設の場合、登記上の氏名・住所を記載して下さい。
※押印不要

(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。