

譲渡許可の許可番号を記載してください。
(麻薬小売業者の免許番号ではありません。)

(別紙様式6)

譲渡許可の有効期間の始期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	第150001号	許可年月日	令和2年 4月 1日
免許証の番号	第1381999号	免許年月日	令和3年 1月 1日

麻薬小売業者免許の免許番号を記載してください。

麻薬小売業者免許の有効期間の始期を記載してください。

麻薬業務所	神奈川県横浜市中区日本大通●-●-● ○○ビル1階
	名称 かながわ薬局 薬務支店

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	紛失のため/毀損のため 令和4年4月1日
-------------------	-------------------------

紛失・毀損が明らかとなった年月日を記載してください。

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4年 4月 1日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

神奈川県横浜市中区日本大通●-●-●
氏名（法人にあつては、名称）
株式会社かながわ薬局
代表取締役 薬務 太郎

再交付申請を行う申請者の麻薬小売業者免許証のとおり開設者の住所及び氏名を記載してください。
なお、法人にあつては、代表者の役職と氏名も記載してください。

神奈川県知事 殿

正本には、問合せ先の担当者氏名と連絡先等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。

【問合せ先】

〇〇薬局 神奈川 ●郎

TEL 045-〇〇〇-□□□□