

(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		G〇〇-〇〇〇〇〇	許可年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
麻薬 業 務 所	所在地	滋賀県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号		
	名称	〇〇薬局		
再交付の事由 及びその年月日		紛失のため		
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。				
〇〇年 〇〇月 〇〇日				
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 滋賀県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号				
氏名（法人にあつては、名称） 株式会社●●薬局 代表取締役 ●● ●●				
滋賀県知事		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、

申請者の担当者氏名、連絡先等を記載してください。

【担当者】

〇〇薬局 ●田 ●男 TEL 077-▲▲▲▲-▲▲▲▲