

様式

麻 薬 譲 渡 届

免許証の番号	墨福衛生薬 第 号	免許年月日	年 月 日		
免許の種類	麻薬小売業者	氏 名			
麻薬業務所	所在地	東京都墨田区			
	名 称				
讓 渡 麻 薬	品 名	数 量	品 名	数 量	
届出事由	業務所移転、開設者変更、その他()			年 月 日	
讓 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 者	氏 名		
	麻薬業務所	所在地	東京都		
		名 称			
	開 設 者	住 所			
氏 名					
讓 渡 年 月 日	年 月 日				
麻薬及び向精神薬取締法第36条第3、4項の規定により、上記のとおり麻薬を譲渡したので、届け出ます。					
年 月 日					
住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）					
届出義務者続柄					
氏 名（法人にあつては、名称）					
墨田区保健所長 あて					
麻薬帳簿持参のこと	連絡先 電話番号	()			