

譲渡許可書の番号に記載

譲渡許可の有効期間の始期に記載

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	福岡市博多区東公園〇-〇〇		
	名称	県庁調剤薬局 東公園店		
再交付の事由 及びその年月日		紛失のため 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） 株式会社県庁薬局				
氏名（法人にあつては、名称） 福岡市中央区天神□-□-□□				
福岡県知事 殿				

麻薬小売業者免許証
の番号に記載

麻薬小売業者免許証の
有効期間の始期に記載

(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。