別記第１０号様式（第９条関係）

麻薬譲渡許可申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 譲  渡  人 | 免許証の番号 | | 第　　　　　号 | | 免許年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 免許の種類 | |  | | | | | |
| 麻　薬  業務所 | 所在地 |  | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | |
| 譲り渡そうとする  麻　　　　　　薬 | | | 品　　名 | 容　量 | | 箇　数 | | 数　量 |
|  |  | |  | |  |
| 譲  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  業務所 | 所在地 |  | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | |
| 氏 　名 | |  | | | | | |
| 譲り渡しの理由 | | |  | | | | | |
| 上記のとおり、麻薬を譲り渡したいので申請します。  　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　氏　名  関東信越厚生局長 殿 | | | | | | | | |