|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 取 扱 課  薬 務 課 長 殿 | 経　由　機　関　名  茨城県　　　　　保健所  （衛生課扱） | 経由第　 号  　年 月 日 |

（別紙様式７）

麻薬小売業者間譲渡許可書返納届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 許可番号 | 第　　　　　　　号 | 許可年月日 | 年　　 月　　 日 |
| 返納の事由 |  | | |
| 上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書を返納します。  年　　　月　　　日  　麻薬業務所名称  　住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）  　氏名（法人にあつては、名称）  　麻薬業務所名称  　住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）  　氏名（法人にあつては、名称）  茨城県知事　殿 | | | |

（注意）

　　 　 １　用紙の大きさは、A4とすること。

　 　 　２　届出者欄にそのすべてを記載することができないときは、別紙に記載すること。