

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 又 は 大 麻 草 栽 培 者 が 大 麻 を 業 務 上 取 り 扱 う 事 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 又 は 大 麻 草 栽 培 者 が 大 麻 を 業 務 上 取 り 扱 う 事 務 所	所在地						
		名 称						
	氏名（法人にあつては、名称）							
譲渡しの理由								
上記のとおり、譲り渡したいので申請します。 年 月 日 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、名称及び代表者の氏名） 東北厚生局長 殿								

(注) 用紙の大きさは、A 4 とすること。