

譲渡許可書の番号を記載
※麻薬小売業者の免許番号で
はありません。

譲渡許可の有効期間の始期を記載

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	令和● 年 ● 月 ●● 日
返納の事由	全ての麻薬小売業者が、他の麻薬小売業者に麻薬を譲渡しないこととなったため。		
上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書を返納します。			
令和◆ 年 ◆ 月 ◆◆ 日			
麻薬業務所名称 県庁調剤薬局 東公園店			
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 福岡市中央区天神□-□-□□			
氏名（法人にあつては、名称） 株式会社県庁薬局			
麻薬業務所名称 ●●薬局 ▲▲店			
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 大野城市白木原◇-◇-◇◇			
氏名（法人にあつては、名称） 福岡 花子			
福岡県知事		殿	

許可を受けている全ての麻薬業務所の
名称及び開設者の住所・氏名を記載し
てください。

欄が不足する場合、届出書別紙を使用
してください。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格 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。