

(別紙様式6)

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 | 年 | 月 | 日 |
|--------------------------------|-----|---|-------|---|---|---|
| 麻薬 業務 所 | 所在地 | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| 再交付の事由 及びその年月日 | | | | | | |
| 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。 | | | | | | |
| 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） | | | | | | |
| 岐阜県知事 様 | | | | | | |

(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。