

麻 薬 譲 渡 届

年 月 日

山形県知事 殿

住 所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)

続 柄

氏 名 (法人にあっては、名称)

⑩

麻薬を譲渡したので次のとおり届け出ます。

譲 渡 者	免 許 の 種 類		免許番号	第 号	
	麻薬業務所	所在地			
		名 称			
	開設者等	所在地			
名 称					
譲 渡 年 月 日			年	月	日
届出事由発生年月日			年	月	日
譲 渡 し た 麻 薬	品 名			数 量	
譲 受 者	免 許 の 種 類		麻薬 者	免許番号	第 号
	麻薬業務所	所在地			
		名 称			
	開設者等	所在地			
名 称		⑩			

担当者氏名_____

連 絡 先_____