

別記第10号の2様式(第九条の二関係)

麻薬小売業者間譲渡許可申請書

譲渡人・譲渡先	免許証の番号		第	号	免許年月日	年	月	日
	麻薬業務所	所在地						
		名称						
	免許証の番号		第	号	免許年月日	年	月	日
麻薬業務所	所在地							
	名称							
備考								
<p>他の申請者がその在庫量の不足のため麻薬処方せんにより調剤することができない場合に限り、当該不足分を補足するために麻薬を譲り渡したいので申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>に係る申請者</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p>印</p> <p>に係る申請者</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p>印</p> <p>四国厚生支局長 殿</p>								

代表者連絡先

麻薬業務所名:

氏名:

TEL:

FAX: