

免許失効による麻薬譲渡届

平成〇〇年〇〇月××日

北海道知事 殿

届出義務者氏名 株式会社〇〇薬局

代表取締役 〇田 〇男

免許失効による麻薬の譲渡について、別紙受領書の写しを添えて、届け出ます。

免許種別	麻薬小売業者	免許年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日 <small>麻薬免許証の免許年月日 (有効期間の始期)を記載</small>			
免許番号	第〇〇〇〇号	業務廃止 の 年 月 日	平成〇〇年〇〇月××日			
施設の麻薬を 管理していた者	免許種別	免許番号	氏名			
業務所所在地 及び名称又は氏名	札幌市**区〇〇条〇△丁目〇-〇 〇〇薬局 ××店					
譲渡した麻薬の 品名及び数量	リン酸コデイン10倍散 27g			麻薬を譲渡する先の麻薬 免許証の免許年月日(有 効期間の始期)を記載		
譲 渡 先	免許種別	麻薬小売業者	免許 番 号	第〇〇△△号	免許 年 月 日	平成〇〇年××月××日
	施設の麻薬を 管理している者	免許種別	免許番号	氏名		
	業務所所在地 及び名称又は氏名	札幌市××区××条△△丁目×-× 〇〇薬局 △△店				
譲渡の理由	薬局を廃止したため					

連絡先：電話〇〇〇-××△△ 担当者〇田