

免許失効による麻薬譲渡届

平成 年 月 × × 日

北海道知事 様

届出義務者氏名 株式会社 薬局
代表取締役 田 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 年 月 日		麻薬免許証の免許年月日 (有効期間の始期)を記載
免許番号	第 号		業務廃止日	平成 年 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 条 丁目 - 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 27 g					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 号	免許年月日 平成 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 × - × 薬局 店				
譲渡の理由	薬局を廃止したため					