

(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）				
山形県知事 殿				

(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。