（別紙様式６）

麻薬小売業者間譲渡許可書再交付申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 麻薬小売業者間譲渡許可番号 | 第　　　　　　　号 | 許可年月日 | (有効期間の始期)　　　　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 | 　　　　　　　　　　　　　　のため　　　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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印※（収受印　押印欄）　　青森県知事　　　　　　　　　　　殿  |
| 担当者氏名： | 連絡先℡： |

（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。

申請書類確認票

　申請書原本のほか、以下の書類を添付して届出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 添付書類名 | 部数 | チェック欄 |
| １ | 申請書　副本※コピー不可 | １部 |  |
| ２ | 麻薬小売業者間譲渡許可書　原本※毀損した場合 | 再交付を申請する許可書の部数 |  |
| ３ | 麻薬小売業者間譲渡許可書一式の写し（麻薬小売業者間譲渡許可書のページ（表紙）を除く） | 再交付を申請する許可書の部数 |  |