

(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）						
滋賀県知事			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。