

免許の失効等による麻薬譲渡譲受完了届

譲渡人	免許証の番号	第	号	免許年月日	平成	年	月	日
	免許の種類			業務廃止年月日	平成	年	月	日
	所在地 業務所 名称							
	氏名又は名称							
譲渡した 麻薬の品名 及び数量	品	名	容量	筒数	数量			
譲渡年月日	平成 年 月 日							
譲渡先	免許証の番号	第	号	免許年月日	平成	年	月	日
	免許の種類							
	所在地 業務所 名称							
	氏名又は名称							
譲渡の理由	上記のとおり麻薬の譲渡譲受を完了したので譲渡者譲受者連名でお届けします。							
	平成 年 月 日							
	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)							
	譲渡者							
	氏名(法人にあっては、名称) ㊞							
	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)							
	譲受者							
	氏名(法人にあっては、名称) ㊞							
徳島県知事								殿