

## 麻 薬 譲 渡 報 告 書

譲 渡 人	免許の種類	麻薬	者	免許番号	第	号	
	業務廃止年月日	年 月 日					
	業務所	所在地					
		名称					
氏 名							
譲 受 人	免許の種類	麻薬	者	免許番号	第	号	
	業務廃止年月日	年 月 日					
	業務所	所在地					
		名称					
氏 名							
譲 渡 し た 麻 薬	品 名	容 量	個 数	数 量			
麻薬譲渡年月日		年 月 日					

上記のとおり、麻薬を譲渡したので報告します。

年 月 日

届出義務者 続 柄

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)

石川県知事 殿