（様式第24号）

**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 | 免許証の番号 | 第　　　　　　　号 | | 免許年月日 | 年　　月　　日 |
| 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、名称及び代表者の氏名）  　熊本県知事　様 | | | | | |

（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。