麻薬譲渡届

令和　　年　　月　　日

岩手県知事　様

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

届出義務者続柄

氏名（法人にあっては、名称）

麻薬を譲渡したので次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 譲渡者 | 免許の種類 | 麻薬　　　　　者 | 免許証の番号 | 第号 |
| 麻薬業務所 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 開設者等 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 譲渡年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 譲渡した麻薬 | 品　　　　名 | 数　　　量 |
|  |  |
| 譲受者 | 免許の種類 | 麻薬　　　　　者 | 免許証の番号 | 第号 |
| 麻薬業務所 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 開設者等 | 住所 |  |
| 氏名 |  |