

(様式第 I - 18 号)

麻 薬 年 間 受 払 届 訂 正 願				
年 月 日				
愛媛県知事 様				
住 所				
氏 名				
先に届出した標記届について、内容に誤りがあり訂正いたしたいので、差換えをお願いします。				
麻 薬 業 務 所	名 称			
	所在地			
麻薬取扱者免許	氏 名			
	住 所			
	免許証 番 号	第 号	免許年月日	年 月 日
訂 正 す る 届	届出年	年		
	当該届に係る 麻薬取扱者免許	第 号	年 月 日	
訂 正 の 内 容	別紙のとおり			
訂 正 の 理 由	1 帳簿の見落とし又は見誤り 2 計算違い 3 その他 ()			

※ 訂正後の麻薬年間受払届及び訂正前の麻薬年間受払届の写し等、訂正内容がわかる書類を添付すること。