

(様式第 I - 18 号)

麻 薬 年 間 受 払 届 訂 正 願				
令和 ○年 ○○月 ○○日				
愛媛県知事 ○○ ○○ 様				
住 所 西条市喜多川796-1				
氏 名 株式会社○○○○				
代表取締役 西条 一郎				
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	西条○△薬局		
	所在地	西条市喜多川796-1		
麻薬取扱者免許	氏 名	株式会社○○○○ 代表取締役 西条 一郎		
	住 所	西条市喜多川796-1		
	免許証 番 号	○ 第 ×××× 号	免許年月日	令和○年○月×日
訂 正 す る 届	届出年	令和 ○ 年		
	当該届に係る 麻薬取扱者免許	○ 第 ×××× 号 令和 ○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 (			

現在の麻薬取扱者免許証記載のとおり記載してください。
(免許年月日は免許証下部「有効期間」の開始日を記載してください。)

当時の免許番号と麻薬取扱者免許日を記載してください。
(免許年月日は免許証下部「有効期間」の開始日を記載してください。)

訂正した麻薬年間受払届を添付してください。
(日付は提出日を記載してください。)

訂正の理由を囲ってください。
(その他の場合は具体的な理由を記載してください。)

※ 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。