

年 月 日

物 品 譲 渡 申 請 書

奈良県知事 殿

(申 請 者)

住 所

氏 名

代表者氏名

下記により物品の譲渡を受けたいので申請します。

記

品 名	規 格	数 量	摘 要
		本	
譲渡を受けようとする理由			

申請書記載注意事項

1 申請年月日は、ワクチン（抗毒素）受領年月日とする。

2 譲渡理由には、

（１） 患者の氏名、住所、生年月日

（２） 使用年月日

（３） 使用目的

（４） その他（参考事項）

を記載すること。

納入通知書は後日送付しますので、納入通知書の取り扱い金融機関へ納入してください。

送付（問い合わせ先）

〒630-8501

奈良市登大路町30

奈良県薬務課

TEL(0742)27-8664(薬物監視係)