

麻薬小売業者間譲渡許可申請書

共同して申請する他の麻薬小売業者がその在庫量の不足のため麻薬処方せんにより調剤することができない場合において、当該不足分を補足する必要があると認めるとき又は麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬であつて、その譲受けの日から 90 日を経過したものを保管しているとき、若しくは麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬について、その一部を法第 24 条第 11 項若しくは第 12 項の規定に基づき譲り渡した場合において、その残部であつて、その譲渡しの日から 90 日を経過したものを保管しているときに限り、麻薬を譲り渡したいので申請します。

年 月 日

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	所在地	島根県〇〇市〇〇町〇—〇—〇 〇〇ビル 1 階	麻薬小売業者免許証に記載されたとおりに記載すること。
			名称	〇〇薬局	
	申請者	住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	島根県●●市●●町●—●—●	法人の場合、登記された所在地・名称を記載すること。	
		氏名 (法人にあつては、名称)	株式会社●●薬局		
	②	麻薬業務所	所在地	島根県△△市△△町△—△—△	
			名称	△△薬局	
	申請者	住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	島根県△△市△△町△—△—△		
		氏名 (法人にあつては、名称)	株式会社△△薬局		
	③	麻薬業務所	所在地	島根県□□市□□町□—□—□	
			名称	調剤薬局□□ □□店	
	申請者	住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	島根県■●市■●町■—■		
		氏名 (法人にあつては、名称)	調剤薬局■●株式会社		
備考					

島根県知事 殿

(注意)

記載する欄が不足する場合は、別紙様式 1 を使用すること。

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。
- 2 麻薬業務所欄及び申請者欄にそのすべてを記載することができないときは、別紙に記載すること。

問合せ先の担当者氏名、連絡先を記載すること。

【担当者連絡先】

氏名 調剤薬局□□ □□店 ●● ●●  
Tel 〇〇-〇〇〇〇