

【薬局名称の変更の場合】

譲渡許可の有効期間の開始年月日を記載してください。

条の二関係)

麻薬小売業

譲渡許可の許可番号を記載してください。\*麻薬小売業者の免許番号はありません。

記載例

許可年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	許可番号	第〇〇〇〇〇〇〇〇号
変更前	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
		名称	〇〇薬局 <b>変更前、変更後の内容を記載してください。</b>
	住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地	島根県〇〇市〇〇町〇—〇—〇
	氏名	法人にあつては、名称	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇
変更後	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
		名称	●●薬局
	住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地	島根県〇〇市〇〇町〇—〇—〇
	氏名	法人にあつては、名称	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇
変更・免許の失効の事由及びその年月日		薬局名称を変更したため 〇〇年〇〇月〇〇日	

当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得ている。

したがって、麻薬小売業者間譲渡許可免許の失効・変更を行ったので届け出ます。

代表者のみが届出を行う場合はチェックを入れてください。代表者を設置していない場合はチェック不要です。

①麻薬業務所名称 **△△薬局**  
 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 代表取締役 ▲▲ ▲▲**

届出者欄には、全ての許可業者の開設者の氏名及び住所(法人開設の場合、登記上の氏名・所在地)を記載してください。

②麻薬業務所名称 **調剤薬局□□ □□店**  
 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 代表取締役 ■■ ■■**

記載する欄が不足する場合は、別紙様式5を使用してください。

島根県知事 殿

備考

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 届出者欄に、麻薬小売業者間譲渡許可を受けた者の全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。
- 3 代表者の変更を届け出る場合は、変更前の氏名欄に変更前の代表者を、変更後の氏名欄に変更後の代表者を、変更・免許の失効の事由及びその年月日欄に代表者を変更する旨を記載すること。
- 4 代表者のみが届出を行う場合は、**問い合わせ先の担当者氏名、連絡先等を記載してください。** 小売業者全員の同意を得た上で、必要同意欄のチェックを入れること。

他の麻薬小売業者の場合は、

【担当者連絡先】 **調剤薬局□□ □□店 島根 太郎 0852-22-〇〇〇〇**