

【薬局名称の変更の場合】

麻薬小売業者間譲渡許可の有効期間の  
始期年月日を記載すること。

麻薬小売業者間譲渡許可の許可番号を  
記載すること。

別記第10号の3様式（第九条の二関係）

麻薬小売業者間譲渡許可変更届

許可年月日	令和●年●月●日	許可番号	第○○○○○○○○○号
変更・免許の失効を生じた麻薬業務所	変更前	麻薬業務所	所在地 島根県●●市●●町●●
		名称	●●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 株式会社●●●
	変更後	麻薬業務所名称	○○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 株式会社●●●	
変更・免許の失効の事由及びその年月日	薬局名称の変更したため 令和●年●月●日		

上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可を受けている麻薬業務所に変更・免許の失効を生じたので届け出ます。

令和●年 ●月 ●日

①麻薬業務所名称

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●●●

②麻薬業務所名称

■■■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）

株式会社■■■■■

島根県知事

殿

届出者欄には、全ての許可業者及び追加する麻薬小売業者の開設者の氏名及び住所（法人の場合、登記された所在地・名称）を記載すること。

記載欄が不足する場合は別紙様式5を使用すること。

正本のみ、余白部分に問い合わせ先の担当者名、連絡先を記載すること。