

別記第 10 号の 2 様式（第九条の二関係）

麻薬小売業者間譲渡許可申請書

他の申請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限り、当該不足分を補足するために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
			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●●	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				

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。

法人の場合、登記された所在地・名称を記載すること。

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