

譲渡許可の有効期間の開始年月日を記載してください。

（第2条の二関係）

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ではありません。

記載例

麻薬小売業者間譲渡許可申請者追加届

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
追加する麻薬小売業者	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	
	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 ●● ●●		
<input type="checkbox"/> 代表者及び追加する麻薬小売業者のみが届出を行う場合であり、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。 <input type="checkbox"/> 上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可を受けた麻薬小売業者に他の麻薬小売業者を加える必要が生じたとき、麻薬小売業者がその在庫量の不足のため麻薬処分を要するに認められる場合において、当該不足分を補足する必要があると認められる場合、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届け出ます。				
〇〇年〇〇月〇〇日 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 ▲▲ ▲▲				
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 ■■ ■■				
③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） 氏名（法人にあつては、名称） 島根県知事 殿				
備考				

追加する麻薬小売業者の名称・所在地を記載してください。

代表者を設置していない場合はチェック不要です。代表者及び追加する麻薬小売業者のみが届出を行う場合に限り、チェックを入れてください。

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。

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。

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。

内容について、記入すること。また、同意欄の「」を入れること。

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