

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、書類の発送日としてください。

令和〇年 〇月 〇日

申請者が 4 以上ある場合は、申請書とあわせて別紙様式 1 を御利用ください。

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	所在地	埼玉県●●市●●町●一●	麻薬小売業者免許証のとおりに記載してください。 申請者が法人にあっては氏名には法人の名称のほか、代表者の役職・氏名も記載してください。
			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）	埼玉県●●市●●町●一●	
			氏名（法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名）	株式会社●● 代表取締役 ●●●●●	
	②	麻薬業務所	所在地	埼玉県○○市○○町○一○	備考欄に「継続申請（令和◎年 1 月 1 日付け許可希望）」と記載してください。
			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）	埼玉県●●市●●町●一●	
			氏名（法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名）	株式会社●● 代表取締役 ●●●●●	
	③	麻薬業務所	所在地	埼玉県■●市■●町■一■	
			名 称	■●薬局	
		住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	埼玉県■●市■●町■一■		
			株式会社■● 代表取締役 ■■■■■		
代表者の氏名（法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名）			株式会社●● 代表取締役●●●●●		
備 考	継続申請（令和◎年 1 月 1 日付け許可希望） 代表者となる麻薬業務所：●●薬局 【連絡先】 所属：●●薬局（担当：●●●●●） 電話：●●●一●●●一●●●●●				

麻薬小売間譲渡許可における代表者が申請者となる麻薬業務所が複数ある場合は、備考欄に代表となる麻薬業務所を記載してください。

備考欄に申請に関する連絡先を記載してください。

備考欄に
「継続申請（令和◎年 1
月 1 日付け許可希望）」と
記載してください。
※◎に希望する年を記載して
ください

(別紙様式1)

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	所在地	埼玉県□□市□□町□-□
			名称	□□薬局
		申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	埼玉県□□市□□町□-□
			氏名(法人にあっては、名称及び代表者の役職・氏名)	株式会社□□ 代表取締役 □□□□
	②	麻薬業務所	所在地	埼玉県▲▲市▲▲町▲-▲
			名称	▲▲薬局
		申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	埼玉県▲▲市▲▲町▲-▲
			氏名(法人にあっては、名称及び代表者の役職・氏名)	株式会社▲▲ 代表取締役 ▲▲▲▲
	③	麻薬業務所	所在地	不要な欄には斜線を引いてください。
			名称	
		申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	
			氏名(法人にあっては、名称及び代表者の役職・氏名)	
④	麻薬業務所	所在地		
		名称		
	申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)		
		氏名(法人にあっては、名称及び代表者の役職・氏名)		

(注意) 1 用紙の大きさは、A4とすること。
2 余白には、斜線を引くこと