

譲渡許可書の有効期間の始期
年月日を記載してください。

様式（第九条の二関係）

麻薬小売業者間譲渡許可変更届

譲渡許可書の許可番号
を記載してください。
※麻薬小売業者免許の
免許番号（数字6桁）
ではありません。

許可年月日	令和○年○月○日	許可番号	薬第○-○-○号	
変更前	麻薬業務所	所在地	別添のとおり	
		名称	別添のとおり	
	住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地	別添のとおり	
	氏名	法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名	別添のとおり	
変更後	麻薬業務所名称	別添のとおり	変更する小売業者が複数ある場合、「別添のとおり」と記載し、別の紙にまとめて記載してください。	
	住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地		別添のとおり
	氏名	法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名		別添のとおり
変更・免許の失効の事由及びその年月日		【例】主たる事務所の所在地の変更 令和○年○月○日		
☐ 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、当該許可を麻薬小売業者全員の同意を得ている。				
上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可免許の失効・変更を行つたので届け出ます。				
書類の発送日としてください。				
令和■年 ■月 ■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） 埼玉県さいたま市浦和区高砂 3-15-1 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） 埼玉県さいたま市浦和区高砂 3-15-1 4階 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 ●●●●				
(宛先) 埼玉県知事				
備考	【連絡先】所属：○○薬局 電話：000-000-0000 (担当者：○○)			

麻薬小売業者記載事項
変更届のとおりに、変更年月日を記載してください。

届出者欄には、**全ての許可業者**の麻薬業務所名称、開設者の住所及び氏名を記載してください。
※ 変更した者、変更していない者いずれも記載してください。
※ 住所を変更した者は、**変更後の住所**で届出欄に記載してください。
※ 薬局の所在地は不要です。
※ 届出者が3以上ある場合は、届出書とあわせて別紙様式5を御利用ください。

備考欄に申請に関する連絡先を記載してください。

(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、当該届出の内容について、当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、必要事項を記載すること。また、同意を得ている場合は、同意欄にチェックを入れること。

③ 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）

埼玉県□市□町□ー□

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 □□□□

④ 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）

埼玉県■市■町■ー■

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 ■ ■ ■ ■

⑤ 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、名称及び代表者の役職・氏名）

不要な欄には斜線を引いてください。

⑥ 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、名称及び代表者の役職・氏名）

⑦ 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。

(別添)

こちらの別添は例示です。
決まった様式はございませんので、自由に作成してください。

変更①

変更前	麻薬業務所 所在地	埼玉県〇市〇町〇ー〇
	麻薬業務所 名称	〇〇薬局
	住所	埼玉県〇市〇町〇ー〇
	氏名	株式会社〇〇 代表取締役 〇〇〇〇
変更後	麻薬業務所 名称	同上
	住所	埼玉県さいたま市浦和区高砂 3-15-1
	氏名	同上

変更②

変更前	麻薬業務所 所在地	埼玉県●市●町●ー●
	麻薬業務所 名称	●●薬局
	住所	埼玉県●市●町●ー●
	氏名	株式会社●● 代表取締役 ●●●●
変更後	麻薬業務所 名称	同上
	住所	埼玉県さいたま市浦和区高砂 3-15-1 4階
	氏名	同上

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。