

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	令和〇年〇月〇日		許可番号	薬第〇-〇-〇号
変更前	麻薬業務所	所在地	埼玉県〇市〇町〇-〇	
		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	埼玉県〇市〇町〇-〇	
	氏名	法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名	株式会社〇〇 代表取締役 〇〇〇〇	
変更後	麻薬業務所名称		【例】薬局名称の変更 令和〇年〇月〇日	
	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		
変更・免許の失効の事由及びその年月日				
☒ 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、当該許可を受けた他の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・変更を行ったので届け出ます。				
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●市●町●-● 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 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） (宛先) 埼玉県知事				
備考 【連絡先】所属：〇〇薬局 電話：000-000-0000 （担当者：〇〇）				

麻薬小売業者免許証のとおり
に記載してください。
※申請者が法人にあつては、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。

不要な欄には斜線
を引いてください。

書類の発送日としてください。

代表者の
みが届出
を行う場
合は、チ
ェックを
入れてく
ださい。

届出者欄には、許可のグループの代表者
について麻薬小売業者免許証のとおり
に業務所名称、開設者の住所及び氏名を記
載してください。
※ 薬局の所在地は不要です。

不要な欄には斜線を引いてください。

備考欄に申請に関する連絡先を記載してください。

(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。