

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申請者追加届		届出者全員で提出する場合（複数店舗追加）		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	
追加する麻薬小売業者	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				
追加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。							
☐ 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あるので届け出ます。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 25 条第 1 項第 2 号に規定する麻薬に限り、麻薬を譲り渡したいので届け出ます。 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 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 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●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 ●●●● 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□-□ 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 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。 ※追加する小売業者についても、必ず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 4 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。							
備考		【連絡先】所属：〇〇薬局 電話：000-000-0000 （担当者：〇〇）					

- (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 追加する小売業者については、追加する小売業者の欄を記入した上で、届出者欄についても必要事項を記入すること。
- 4 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、必要事項を記入すること。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。

届出者が 3 以下の場合、別紙様式 5 の提出は不要です。

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

△△△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 △△△△△

⑥ 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 ▲▲▲▲▲

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）

不要な欄には斜線を引いてください。

⑧ 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。

追加する麻薬小売業者①

- ・麻薬業務所の所在地
埼玉県●市●町●ー●
- ・麻薬業務所の名称
●●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 ●●●●

麻薬小売業者免許証のとおり

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。

追加する麻薬小売業者②

- ・麻薬業務所の所在地
埼玉県□市□町□ー□
- ・麻薬業務所の氏名
□□薬局
- ・住所
埼玉県□市□町□ー□
- ・氏名
株式会社□□ 代表取締役 □□□□

追加する麻薬小売業者③

- ・麻薬業務所の所在地
埼玉県■市■町■ー■
- ・麻薬業務所の氏名
■■薬局
- ・住所
埼玉県■市■町■ー■
- ・氏名
株式会社■■ 代表取締役 ■■■■