

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。

代表者のみが提出する場合（1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。

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。

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。

書類の発送日としてください。

届出者欄には、

「代表者」および「追加する小売業者」

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。

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	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
☒ 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、当該麻薬小売業者全員の同意を得ている。			
令和〇年〇月〇日			
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 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			
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）		

- (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。